

おまとめお届け週一便受付票（ご記入後FAX（043-214-4052）へ送信ください。折り返しご連絡させていただきます）

お名前					
ご連絡先	電話番号		メールアドレス		
お届け先住所	<input type="checkbox"/> 若葉区（店舗受取含む）	<input type="checkbox"/> 中央区	<input type="checkbox"/> 稲毛区	<input type="checkbox"/> 緑区	<input type="checkbox"/> 四街道市
	(お届け先ご住所)			(建物名)	
ご希望のコース	<input type="checkbox"/> おためしプラン	<input type="checkbox"/> レギュラープラン	<input type="checkbox"/> 常連プラン		
食数（最低注文個数：7食～）		食			
お届けメニュー分類	<input type="checkbox"/> 通常ご飯あり	<input type="checkbox"/> ご飯無しおかずのみ			
受け取り方法	<input type="checkbox"/> お届け	<input type="checkbox"/> テイクアウト（若葉区価格）			
ご希望開始日（最短は翌週指定曜日）	月 日		()		
お届け時間は10時～15時の間を想定	<input type="checkbox"/> 問題無し	<input type="checkbox"/> ある場合希望時間（基本的にはテイクアウト依頼）		時頃	
お支払方法	<input type="checkbox"/> お届け時毎現金支払い（都度）	<input type="checkbox"/> 1か月分一括現金支払い（お届け時）	<input type="checkbox"/> 1か月分一括クレジット支払い（お届け時）		
メニュー（番号で食数分記載）					
備 考	(一緒に通常メニュー等お届けのご要望があればメニュー記載等お願いします)				