

配食お申込用紙

お名前	ふりがな																
お届け先 施設名	寿らいふときわ台				寿らいふ高島平				寿らいふ石神井台								
お電話	()																
配食内容	おかず						ごはん										
	普通食	数量	一口大	数量	キザミ食	数量	普通	数量	やわらか	数量	おかゆ	数量					
配食希望日	不定期配食 (お試し・他)	朝	/	.	/	.	/	.	/	.	/	.	/				
		昼	/	.	/	.	/	.	/	.	/	.	/				
		夕	/	.	/	.	/	.	/	.	/	.	/				
	定期配食 (継続注文)	朝	毎日	・	月	・	火	・	水	・	木	・	金	・	土	・	日
		昼	毎日	・	月	・	火	・	水	・	木	・	金	・	土	・	日
		夕	毎日	・	月	・	火	・	水	・	木	・	金	・	土	・	日
健康上召し上がれない物(アレルギーや薬の飲み合せ等)																	
お支払 方法	直接	月末〆集金															
	間接	銀行振り込み(当店指定)						※振込手数料はお客様のご負担でお願いします。									
請求書送付先 (請求先がご利用者 以外の場合)	ご住所	〒															
	お名前	様 続柄()															
	お電話	()															

至福弁いたばし店
FAX:03-3969-9905