

お弁当申込用紙

会社名					
電話番号		部署名		担当者名	
お届け先					
お支払方法(○で囲む)	1.月末締め現金払い 2.毎回現金払い 3.月末締め請求書払い				
請求書(○で囲む)	1.配送場所と同じ 2.別住所:				
配達開始希望日	年 月 日から				
配達時注意しておくべきこと					
不在の時は	1.()に置いてください 2.()に連絡して下さい				

ご注文の曜日 (数字を記入)

月	日	日替わり弁当600円
月		
火		
水		
木		
金		

配達範囲

生野区、東成区、天王寺区、中央区全域

宅配弁当一鶴

〒537-0024 大阪市東成区東小橋3丁目9-21

TEL090-9193-1793 FAX 06-6224-7005

ご注文は前日の18時までをお願いいたします。