

注文用紙

企業・団体名

お名前（ご担当者名）

TEL

FAX

お届け日

平成 年 月

お届け時間

時 分頃

お届け先ご住所

ご注文商品（ご注文の数量をご記入下さい）

商品名	数量	備考欄

領収書宛名（宛名が上記「企業・団体名」と異なる場合は、備考欄にご記入下さい）

備考欄

FAX番号

0493-72-2626

株式会社小川弁当センター

埼玉県比企郡小川町大字飯田400

TEL 0120-408-369

営業時間 8:00~17:00