

懐石料理 塚越 FAX : 03-5379-6441

FAX注文書

<input type="checkbox"/> お届け <input type="checkbox"/> 来店	年 月 日 () : ~ : の間を希望
依頼主様 お名前 (会社名)	フリガナ様 ご担当者様
ご住所	フリガナ 〒 - (マンション名、建物名等詳しくお書き下さい)
TEL	携帯
Eメール	@

お届け先ご住所	<input type="checkbox"/> ご依頼元住所にお届け <input type="checkbox"/> 他の住所にお届け	
	フリガナ 〒 - (マンション名、建物名等詳しくお書き下さい)	
お届け先名(会社名)		
お届け先のご担当者名・ご連絡先	ご担当者様	ご連絡先
お支払方法	<input type="checkbox"/> 集金 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> その他 ()	
領収証宛名		

お料理内容	料理名	個数	価格
お召し上がり人数	名様	合計	

当店のご利用回数は	<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目以上
ご利用の用途	<input type="checkbox"/> ランチ	<input type="checkbox"/> お祝い	<input type="checkbox"/> 法要 <input type="checkbox"/> その他 ()

備考

●ご注文有難うございます。17時以降のFAXは翌日の確認になります。

受信確認者 _____