

# お弁当ご注文書

御社名： \_\_\_\_\_

ご担当者様名： \_\_\_\_\_ 様

TEL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

株式会社リファレンス魚町センタービル  
FAX：093-512-7212  
TEL：093-512-7211

ご利用日	会議室	仕出し屋	種類	個数	金額	合計	当日お届け時間
合計							

※確定数はご利用日の前日・午前中までにご連絡いただければ、ご変更可能です。  
(ご利用日が土日祝日の場合は、金曜日までにご連絡をお願い致します。)

■支払い方法 ※チェックをお付け下さい

当日(室料と一緒に支払い) 当日(室料は事前振込) 事前振込(室料と一緒に振込) 後日振込(室料は事前振込) その他：

※後日振込は利用後1週間の支払い期日でお願い致します。

当社記入欄	月	日 承りました
-------	---	---------