

至福弁 配食お申込用紙

お名前	ふりがな  ⑩												
お届け先	いずれかに○をご記入ください												
施設名	寿らいふときわ台様						寿らいふ高島平様						
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
		昼	毎日	・	月	・	火	・	水	・	木	・	金
		夕	毎日	・	月	・	火	・	水	・	木	・	金
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×集金						※振込手数料はお客様のご負担をお願いします。					
	間接	銀行振り込み(当店指定＝巢鴨信用金庫)											
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	( )											

至福弁練馬店  
TEL 03(6914)0965  
FAX 03(6914)0966

メール shifukuben\_nerima@yahoo.co.jp