

お弁当注文書

FAX 番号 **03-5447-5330**

※ご注文内容の確認電話をさせていただいた後にご注文確定となります。(2日以内にご連絡させていただきます。※土日祝含む)

基本情報	◆ 店舗名	季膳味和 ごちクル店			
	◆ お届け日時 ※1時間幅でご指定ください	年	月	日 (曜日)	時 分から 時 分まで
	◆ お召し上がり時間	時 分からお召し上がり			

お届け先情報	◆ お届け先ご住所	〒	—	都 道 府 県	市 区 町 村
	ビル名・階層・会場名等				
	◆ お届け先建物への搬入方法	<input type="checkbox"/> お届け先にドライバーが直接お伺いする <input type="checkbox"/> お届け先に到着後ドライバーがお電話してからお伺いする (ご連絡がつかない場合は直接お伺いします)			

ご注文者情報	◆ 会社名 (団体名) / 部署名	フリガナ 会社名:	フリガナ 部署名:
	◆ ご注文者名 / ご連絡先	フリガナ お名前:	電話番号: FAX 番号:
	◆ Eメールアドレス		
	◆ 当日のご担当者名 / ご連絡先	<input type="checkbox"/> ご注文者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる (お名前: 様 電話番号:)	

お支払情報	◆ お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> 請求書 (法人様のみ) ※請求書はお渡しから7日以内のお振込です。	
	◆ 領収書もしくは請求書のお宛名	<input type="checkbox"/> 会社名 / 団体名と同じ <input type="checkbox"/> ご注文者名と同じ <input type="checkbox"/> 異なる (お宛名: 様)	
	◆ お渡し方法	<input type="checkbox"/> 当日のお手渡し <input type="checkbox"/> 後日のご郵送 (ご郵送先: <input type="checkbox"/> お届け先と同じ <input type="checkbox"/> 異なる、以下に記載)	
※請求書の場合のみご記入ください※		〒	—
		都 道 府 県	市 区 町 村
		ビル名・階層・会場名等 ()	

ご注文内容	品番	商品名	サイズ (ケータリング商品の場合)	個数
			LL ・ L ・ M	個
			LL ・ L ・ M	個
			LL ・ L ・ M	個
			LL ・ L ・ M	個
			LL ・ L ・ M	個
★合計個数:				個

◆ その他備考 ※ご意見、ご要望等ございましたらご記入ください	
◆ お弁当・ケータリングをご注文される頻度はどの程度ですか?	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> 月に数回 <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> ほとんどない
◆ お弁当・ケータリングの用途を教えてください。	
◆ スターフェスティバル株式会社から、お得な情報やクーポン等をお送りしています。不要な方はチェックをいれてください	<input type="checkbox"/> 不要

※ごちクルでは度合いに関わらずアレルギーをお持ちのお客さまに対しては、お客さまの健康を第一に考えて、ご注文をお断りさせていただいております。お召し上がりになる方の安全のための対応でございますのでご理解いただけますようお願いいたします。

※変更・キャンセルについては、ご注文いただく店舗の締切日時までにお電話にてご連絡をお願いいたします。期限を過ぎたキャンセルは、前日17:00まではご注文金額の50%、それ以降は100%のキャンセル料がかかりますのでご了承ください。

【個人情報の取り扱いについて】(あらかじめお読みください)

ご注文にあたって、ご記入いただいた個人情報は、提携先のスターフェスティバル(株)の、本取引の遂行、商品・サービスについての情報提供、アンケート・キャンペーンに関連したお客さまへの連絡、お客さまからなされるお問い合わせへの対応・サービスの改善や新規サービス開発に必要なデータの解析や分析にのみご利用させていただき、それ以外の目的には利用いたしません。詳しくは、ホームページ上の各プライバシーポリシーをご確認ください。