

お弁当 <お見積もり請求・お問い合わせシート>



マレーチャン FAX 03-5950-4664

※印はもれなく ご記入ください。□は選択してください。

お弁当に関するご確認内容 お届けは合計金額 3,000 円以上から承ります	
※ 会場名・会場住所	例) ○○区○○ ○○ビル
※ 配達希望日	年 月 日
※ 時間帯	時 分頃
※ お弁当個数	個
※ ご予算	<input type="checkbox"/> 1人あたり <input type="checkbox"/> 総予算 円（税別） * 配達費は別途お見積もりします
当日受取者 氏名	
当日受取者 電話番号	
ご質問・ご要望	
お客様に関するご確認内容	
※ 法人 or 個人	<input type="radio"/> 法人 <input type="radio"/> 個人
法人名・部署名	
※ 担当者氏名	
※ お客様の住所	
※ 電話番号	ご連絡のつく お電話番号
FAX番号	
※ メールアドレス	

FAX ありがとうございます。

折り返し、ご連絡させていただきます。