

お弁当申込・ご相談用紙

お近くに毎日のお食事にお困りの方がいるときは是非ご活用ください。
この用紙はコピーしていただくと便利です。

お届け先について

ふりがな				
お名前				
年齢・性別	男 女			
電話番号				
ご住所	新潟市			
お支払方法	①自動引き落とし	②月まとめ(ご本人)	③月まとめ(代理人)	
請求書送付先	〒			
配達時に注意しておくべきこと				
不在の時は	■()	に置いてください	■()	に連絡してください

ご注文内容について

配達開始希望日	年	月	日	から
時間帯	昼食のみ	夕食のみ	昼食と夕食	
数量	1人分	2人分		
種類	普通食 (おかずのみ) (ごはん付き)			
	カロリー調整食 (おかずのみ) (ごはん付き)			
	低たんぱく食 (おかずのみ) (ごはん付き)			
	ムース食 (おかずのみ) (ごはん付き)			
	小町 (ごはん付き)			
特別なご要望				

※定期お申し込みの方は、数量を記入してください

	昼食	夕食	備考
日曜日			
月曜日			
火曜日			
水曜日			
木曜日			
金曜日			
土曜日			

ご紹介者様について

勤務先			
お名前			
電話番号			

※ご紹介者様へのご連絡・ご相談のうえで、配達させていただきます。お気軽にお問い合わせください。

配達範囲

新潟市中央区全域

東区【県道4号線(赤道)以西】

※その他地域はお問い合わせください。

緊急連絡先について

お名前		続柄	
電話番号			

まごころ弁当の「安否確認」の申し込み

訪問時に直接面談にてお客様の安否を確認するサービスです。
事前のお申し出のある場合、緊急時に緊急連絡先へご連絡を致します。
(あくまで外観からの確認です、不在時の家屋立ち入り等は致しません)

希望する

希望しない

店舗側が代筆した場合(お客様・ご家族様・ケアマネの確認署名欄)

氏名:

高齢者向け配食サービス
まごころ弁当新潟中央店
〒950-0925 新潟県新潟市中央区弁天橋通1-7-14-1
FAX 025-383-6253