



「ケアタウン小平みゆき亭」食事宅配 申込書

会員No. _____

※この申込書は、継続して健康管理及び相談を受けながら、お食事を楽しむための申込書です。
※配達の変更や継続単位の更新及びお休みのご連絡は、お電話や文書等で受け付けております。
※用紙一枚を記入して担当者にお渡しください。当社で内容を確認し、控えをお返しいたします。

「ケアタウン小平みゆき亭」の食事宅配を申し込みます。

令和 年 月 日

お客様記入欄		
食事を召し上がる方のご氏名	フリガナ	生年月日
		明大昭 年 月 日
ご住所(お届け先)	〒	
電話番号		
お申込みの方のご氏名 (同じ方は記入不要)	フリガナ	召し上がる方との続柄
お申込者の住所 (同じ方は記入不要)	〒	
緊急連絡先	TEL ()	連絡先名称 ご担当者様
配食開始 希望日	令和 年 月 日 () から	
配食希望 曜日	月 火 水 木 金	
食事形態	一般食 特別食 (おかゆ希望 きざみ食希望)	
医師からの指示	無 有	内容 (指示書のコピーを頂けると助かります)
お支払方法 (原則10食毎、前払い)	ご集金 振込	

当社確認欄

受付	返送	訪問	担当	栄養士	店長	管理者