

■■■ 食事注文書（食数票） ■■■

宛先：ライフインフーズ（株）栄養係 FAX：0270-21-5432

※必ず利用日の5日前（土日祝は数えない）の正午までに御提出ください。

キャンセル料は利用日の3日前（土日祝は数えない）から発生致します。

団体名		連絡責任者	
電話番号		携帯電話	

	日付	区分	数量				合計金額	
			幼児	小学生	中学生以上	合計食数		
食事注文 (飲物付)	1日目	月 日	昼食	食	食	食	食	円
			夕食	食	食	食	食	円
	2日目	月 日	朝食	食	食	食	食	円
			昼食	食	食	食	食	円
	3日目	月 日	夕食	食	食	食	食	円
			朝食	食	食	食	食	円
パン・ご飯の希望（朝食）			2日目	パン・ご飯	3日目	パン・ご飯		

実施日	月 日	メニュー	付属料理（調理済み）	目安人数
		実施メニュー		カレーライス
		カレーだけ作る	ご飯、フルーツポンチ、飲物	10～125人
		ご飯だけ作る	カレー、フルーツポンチ、飲物	10～125人
班数	班	大鍋でカレーを作る	ご飯、フルーツポンチ、飲物	10～125人
人数	人	うどん	五目ご飯、飲物	10～180人
班数は事前打合せで決定してください		ピザ	パスタ、飲物	10～120人
		焼まんじゅう	煮込みうどん、飲物	10～70人

食物アレルギー対応	食物アレルギー対応の希望の有無	希望する ・ 希望しない
※希望する場合は、「食物アレルギー対応受付票」を提出してください。		

支払方法	現金	現金支払の場合	支払予定日	予定時刻
	振込	振込は3週間以内をお願いします（振込手数料はお客様のご負担です）		

領収書	但書の有無	要・不要	内容	として	
	分割の有無	一括		分ける場	様
2分割			合の宛名	様	円
3分割			と人数	様	円

その他	配膳の方法	セルフサービス方式・給食当番方式・配膳方式	※バイキングではありません。
		【幼保こ・特支学校等のみ】職員による配膳の希望	希望する ・ 希望しない
〔備考〕			