

MFSメディカルフードサービス 行

ご注文日： 年 月 日

ご請求先

フリガナ:	ご住所：〒
法人名：	
ご担当者名：	電話番号： FAX：

納期などの確認のため折り返しのお電話をさせていただきますので上記は必ず全てご記入ください。

納品先 (納品先が上記と異なる場合のみご記入ください。)

フリガナ:	ご住所：〒
施設名：	
ご担当者名：	電話番号： FAX：

以下の「ご利用人数」空欄にご希望数をご記入ください。
納期は木曜 午前11時締め 翌週金曜日お届けとなります。

商品名	お届けセット内容	価格(税別)	数量
お試し 1週間分セット	朝、昼、夜 1日3食 7日分	¥5,460	
※1人前、1週間分をお送りします。何度でもご注文いただけますが、都度ご注文が必要です。			
毎週定期コース	朝、昼、夜 1日3食 7日分	¥5,460	
※1人前 毎週お送りいたします。4週間分の献立をサイクル発送いたします。			
隔週定期コース	朝、昼、夜 1日3食 14日分	¥10,920	
※1人前、隔週でお送りいたします。2週間分を2週間に一度のお受け取りとなります。			

諸要件

- ◇送料について・1回の配送につき、28日分以上のお届けで送料は当社が負担致します。28日分未満の場合は別途、送料税別1300円がお客様負担となります。
- ◇ダンボールは7日分につき一箱で 大きさは幅290mm×奥行225mm×高さ160mmとなります。
- ◇メニュー内容は別紙 献立表をご参照ください。 主食は別途ご用意ください。
- ◇定期コースのお客様より休止のご連絡を頂くまでは自動的に毎週または隔週でお送りいたします。
- ◇キャンセルについて・木曜注文締切後、翌週月曜日までにご連絡いただければキャンセルが可能です。キャンセル可能期間後のキャンセルの場合商品価格の50パーセントのキャンセル料をご負担頂きます。・キャンセルをご希望の場合、お手数ですが(045-473-1295)までご連絡ください。

お支払いについて

ご請求は発送日ベースとなります。
 月末締め 翌月10日以内にご請求書を郵送いたしますので、 翌月末までに請求書に記載ある指定口座にお振込ください。恐れ入りますが、振込手数料はお客様負担とさせていただきます。

備考欄(お客様からの連絡事項、お届け時間のご指定などございましたら、こちらにご記入ください。)

メディカルフードサービス株式会社

お電話問い合わせ先:045-473-1295
〒222-0033 横浜市港北区新横浜3-6-5 第一生命ビルディング