

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: 法人名:	ご住所:
ご担当者名:	電話番号: FAX:

印

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: 施設名:	ご住所: 〒
ご担当者名:	電話番号: FAX:

**納期は水曜日締め 翌週金曜日発送となります。**

商品名	お届けセット内容	数量
MFSやわらか楽盛キット 7献立×42人前 <input type="checkbox"/> 献立内容は日替わり <input type="checkbox"/> 献立内訳 主菜1料理 副菜5料理 <input type="checkbox"/> 1人前	7献立×42人前 (252食分)	
MFSやわらか楽盛キット 7献立×6人前 <input type="checkbox"/> 献立内容は日替わり <input type="checkbox"/> 献立内訳 主菜1料理 副菜5料理 <input type="checkbox"/> 1人前	7献立×6人前 (42食分)	
MFSやわらか楽盛キット 14献立×1人前 <input type="checkbox"/> 献立内容は日替わり <input type="checkbox"/> 献立内訳 主菜1料理 副菜5料理 <input type="checkbox"/> 1人前	14献立×1人前 (14食分)	

## お支払いについて

## ◆規格口献立内訳

主菜1料理 副菜5料 1人前

1段ボール 1献立 1パック使用方法1 お弁当容器(耐熱)にポーシオンを盛り入れレンジで3~5分 またはスチコンでスチーム15分間温める。使用方法2 ホテルパンに等間隔にポーシオンを置き、スチコンでスチーム15分スチーム15分間温める。柔らかくなったポーシオンを慎重にヘラなどで容器に盛り入れる。

## ◆支払い条件

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。

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