

ケータリング注文書

発注日：令和 年 月 日

貴社名：

部署名：

貴社ご住所：〒

ご担当者名：

電話番号：

FAX番号：

実施日	令和 年 月 日	曜日	
開始時間	時 分	終了時間	時 分
開催場所	※建物名、階数、フロア名等の詳細もご記入ください。		
予定人数	名様		
ご予算(お一人様あたり)	円(税別) ※ドリンク代は含みません。		
ドリンク手配	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	サービススタッフ	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
搬入時間	時 分	～	時 分
搬出時間	時 分	～	時 分
駐車場	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	エレベーター	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
火気使用	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
レイアウト変更	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	有りの場合 所要時間：約	分
ご参加者様の世代		男女比	:
料理のご要望	※和洋中受け承ります。		
ご利用内容	<input type="checkbox"/> 懇親会 <input type="checkbox"/> 歓送迎会 <input type="checkbox"/> 記念・イベント催事パーティー <input type="checkbox"/> その他 ()		
お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 請求書払い ※クレジット決済は不可とさせていただきます。		
その他ご要望など			

FAX. 042-400-1883

ご予約、ご注文は **ケータリング美膳**

フリーダイヤル 0120-104966

〒206-0021 東京都多摩市連光寺2-73-4