

薬膳弁当注文書
1 個1400円(税込)

郵便番号	〒
ご住所	
団体・企業名	
お名前(ご担当者様)	様
TEL	
FAX	
来園日	
到着時間	
昼食時間	
薬膳弁当注文数	
備考	

- * ご予約後のキャンセルはご遠慮下さい。
- * お弁当注文は、5日前までに5個以上の注文となります。
- * 変更は3日前までをお願いします。
- * FAX番号は返信連絡のため必ずご記入ください。
- * ご注文後返信FAXを致します。
- * 2日以内に返信がない場合下記までお電話をお願い致します。

公益財団法人須賀川牡丹園保勝会

TEL 0248-73-2422



FAX 0248-72-5335

担当