

高齢者向け配食サービス 配食のふれ愛 南長崎店							ご試食申込書		
TEL.095-800-2642 (受付時間 8:30 ~ 17:00)							(申込日) 月 日		
FAX.095-800-2629 (24 時間受付)							初回無料試食		
〒850-0981 長崎県長崎市草住町 5 番地 佐藤ビル 101 号									
①ご記入者 ご家族様 ケアマネ様	事業所名								
	お名前	(続柄)							
	電話番号	() — () — ()							
②お届け先	お名前	(年齢 歳)		ご夫婦でのご利用の場合は お二人の氏名をご記入 ください。					
	お名前	(年齢 歳)							
	ご住所								
	電話番号	() — () — ()							
	受取方法	☐ ご本人受取 (補足) ☐ ご家族受取 ☐ 屋外の指定場所に置く ☐ 入室して指定の場所に置く							
	不在時の対応	指定の場所に置く ☐ 玄関前に置く ☐ ドアノブにかけて置く ☐ その他 ()							
③ご試食内容	ご試食希望日	月 日 (曜日) ☐ 昼食 ☐ 夕食							
	普通食	☐ おかずのみ ☐ ご飯セット		特別対応をご希望される 場合はお申し付けください。 複数選択可 ☐ きざみ ☐ 一口大 ☐ 禁食対応 ☐ おかゆ ☐ ご飯 (大) ☐ おかず (大) ☐ 味噌汁					
	ふれ愛小町(こまち)	☐ ご飯セット							
	カロリー調整食	☐ おかずのみ ☐ ご飯セット							
	低タンパク食	☐ おかずのみ ☐ ご飯セット							
		☐ おかずと低たんぱくご飯							
	ムース食	☐ おかずのみ ☐ ご飯セット							
ご注文いただく際は以下の内容をお教えてください。									
④配達日		月	火	水	木	金	土	日	祝日
	昼食	☐	☐	☐	☐	☐	☐	休	☐
	夕食	☐	☐	☐	☐	☐	☐	休	☐
⑤お支払方法	☐ 都度現金払い ☐ おまとめ払い ☐ 口座振替 ☐ 振込 ☐ 集金								
	請求書お届け先 ☐ 本人渡し ☐ ご家族様宛送付 ☐ その他(電話で説明)								
	〈請求書郵送先〉〒								