

<試食申込用紙>

下記の欄にご記入後、当社宛にFAXして下さい。

ご希望日	月 日 曜日
食数	食
会社名	
担当者様	
ご住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
ご要望	

※ お申し込みは配達可能かを判断するため、ご希望日の前日 PM12:00 までに
よろしくお願ひ致します。当社に FAX が届きましたら、担当者からお電話致します。

※ ご試食は一企業様一回とさせて頂いておりますので、ご了承下さい。

地域によってはお届けできない場合や、その他ご要望に添えない場合も

ございますので、ご了承いただきますようお願い申し上げます。

有限会社 センス

〒458-0847 愛知県名古屋市緑区浦里 2-135

TEL052-891-7211 FAX052-891-5377