

## 配食申込書

お名前	様			
ご住所	仙台市			
性別	男性	女性		
生年月日	T	・	S	年 月 日
お電話番号	—	—		
配食日	月	火	水	木 金 土 日
配達時間	昼食		夕食	
開始日	月	日	曜日～	
食事内容	在宅弁当 (730) おかずのみ (680) 特別食 (860)			
支払方法	都度現金		月末一括	
緊急連絡先	お名前	様	続柄	
	お電話			
	ご住所			
注意点 (置き場所等)				
ご紹介 事業者名	様			
ご担当者名	様	お電話		

注) 仙台市「食の自立支援サービス」では有りません。

注) 試食は行っておりません。予めご了承下さい。



仙台市泉区松森字陣ヶ原8-34  
 TEL : 022-776-0210  
 FAX : 022-776-1063