

# クリスマスケーキご予約票

			受付	
ご注文日	月 日	お渡しご希望日時	1 2月 日 AM・PM	時ごろ

ご連絡名	様（通称名で結構です）	
ご連絡先	固定電話	
	携帯電話	
	LINE	

※お渡しご希望日時を過ぎた場合等に連絡させていただきます。

商品名	サイズ	価格	数量	金額
			合計	

代金	未・済
----	-----

----- 切りとり線 -----

クリスマスケーキご予約票[お客様控え]	
ご注文日：	___月___日
ご連絡名：	_____
お渡し日：	___月___日 AM・PM___時ごろ
代 金：	_____円 未・済

問い合わせ先

名称	
電話	