

すこやか弁当 ご注文書

FAX 050-3512-2963

①名前	ふりがな	年齢	お客様コード*弊社使用欄
	様		才
②ご住所	〒 - 〇	ふりがな	<マンション名>棟、号室まで
	神戸市 〇区 (ポートアイランド地区は除く)		
③電話番号	- -	生年月日	年 月 日
④配達内容 ※ご希望の曜日全てに〇をして下さい。	年 月 日 (毎週の方は、スタート日を記入してください)		試食 1回のみ 毎週
	月 火 水 木 金 土	屋・夜 屋・夜 屋・夜 屋・夜 屋・夜 屋・夜	
⑤受け渡し方法	オートロック あり・なし ロック解除方法 あり・なし 管理人 あり・なし 手渡し 可・不可 保冷ボックス設置 可・不可 <不在時の対応全般・配達時注意事項について、以下にご記入ください。>		

⑥ご注文商品

普通食 530円	個	ボリューム食 600円	個	試食 (普通食・無料)	個
低たんぱく食 750円	個	カロリー調整食 750円	個	やわらか・ムース食 750円	個
カレー 550円		個	容器の種類: 回収容器・使捨容器・不明		
食材アレルギー なし ・ あり <small>アレルギーありの場合、具体的な内容</small>					

*試食にはご利用条件がございます。普通食以外は有料となります。昼2食ご注文の場合は、合計から30円引となります。使捨容器はやわらかソフト食とカレー以外15円プラスになります。

⑦介護・ADL情報 (安否確認が必要な場合や事前にお知らせしたい場合のみご記入ください)

契約者様と弊社とのコミュニケーションについて		1. 会話が可能 2. 少し聞き取りにくい 3. 家族限定 4. ケアマネ限定			
認知証	なし・軽度・あり	要介護度	自立・申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
持病	あり・なし	病名			
現在の支援状況 (ご家族様やヘルパー利用状況)					
ADL情報					

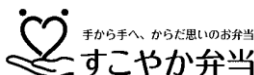
⑧緊急連絡先 (安否確認連絡先)

連絡先1 (優先連絡先)				連絡先2			
ふりがな				ふりがな			
法人名:				法人名:			
ふりがな	ご利用者様との関係: 例) ケアマネ、娘			ふりがな	ご利用者様との関係: 例) ケアマネ、娘		
名前:	様			名前:	様		
住所:				住所:			
電話番号:	- -			電話番号:	- -		

<安否確認> 必要・不要

⑧お支払い方法 緊急連絡先がない場合 前払いのみご利用となります。	1. 前払い(短期・期間限定利用の場合)	4. 月末振込	7. コンビニ後払い *利用には条件がございます。
	2. 毎回現金払い	5. 自動振替(手数料無料)	8. 未定
	3. 月に1回現金まとめ払い	6. 第三者請求(安心サポートセンター等)	

ご利用前に利用規約をよく読んでご利用ください。お預かりした個人情報、法に定める場合を除き、ご本人の承諾なしに第三者(業務委託先を除く)に対して、個人情報提供いたしません。詳しくは(株)ウェルホームページにてご確認ください。



営業時間 月曜～金曜 9:00～17:00
土曜・祝日は配達のみ 日曜休業

(株)ウェルの個人情報取扱いに 同意する レ点を記入ください。

電話 050-6861-8111