

弁当配食サービス 利用申込書

令和 年 月 日

私は、このサービスを受けたいので、次のとおり申し込みます。

住所	野田村大字 野田・玉川 第 地割 番地		
氏名 (自筆の場合押印不要)	印	生年月日	大・昭・平 年 月 日
氏名 (自筆の場合押印不要)	印	生年月日	大・昭・平 年 月 日
電話番号			
不在時連絡先	氏名 電話番号	親族連絡先	氏名 電話番号
利用希望 開始日	年 月 第 水曜日から		
・ 利用料金は1食300円です。 ・ 不在時と親族の連絡先電話番号は、日中連絡のとれる番号（携帯電話等）の記入をお願いします。			
誓約事項（必ずご確認ください） 私は、このサービスを利用するにあたり、次の事項を守ることがを誓約いたします。 (1) 配達された弁当は、その日のうちに必ず食べます。翌日以降食べた場合に腹痛などの症状があった場合、その責任を村に負わせません。 (2) 弁当の配達を希望しない場合、配達の2日前までに村保健福祉課または宅配者にお知らせします。			