



スマイルパックご試食お申し込み書

送信日： 年 月 日

ご担当者様名 施設様名	施設様名	
	ご住所	
	ご担当者名	
	お電話番号	



FAX 番号 **0594-23-4730**

オーケースデリカ株式会社

お客様サポート部

営業課 宛

- 試食申し込み 資料請求 ご質問
- その他

連絡事項	
------	--

オーケースデリカ株式会社

FAX : 0594-23-4730 TEL : 0594-21-3234 (代)



OK's DELICA .INC