



## 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**

オーケーズデリカ株式会社

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	
------	--

オーケーズデリカ株式会社

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



OK's DELICA .INC