

配食サービスのご案内

開始するにあたり、以下の注意事項をご留意いただきますよう、お願い致します。

1、配食弁当は月曜～日曜まで希望に応じて昼食又は夕食をお届け致します。(12/31～1/3 まで休み)

2、配達時間はおおむね

昼食 10:30～12:30
夕食 16:00～18:00

 になります。

※ 配達時間の指定はできませんのでご了承ください。

※ 災害時や天候不良によっては配食弁当をお届けできない場合がございます。

3、お食事は手渡しする事で、配達と安否を確認させていただきます。

4、配達時、留守の場合は持ち帰ります。配達時間から 30 分以内にご連絡いただければ、再配達させていただきます。尚、お申込み頂いたお食事ですので、連絡がなくお届けできない場合でも、料金は請求させていただきますのでご了承ください。

5、配食容器は電子レンジ対応です。蓋を開け、果物・漬物・和え物カップ等を蓋にとり、配食容器にラップをして電子レンジで温めますとより一層おいしく召し上がることができます。

6、衛生には万全を期しておりますが、生ものですので下記の賞味期限内に必ずお召し上がりください。

昼食の賞味期限	当日の 14:00 まで
---------	--------------

夕食の賞味期限	当日の 20:00 まで
---------	--------------

※ 食べ残しは必ず廃棄してください。なお、食べ残しを保存されるなど、衛生上問題のある方については配食をお断りさせていただきます。

7、配食の申し込みは、サービス開始 1 週間前までをお願い致します。

サービス開始後の急なキャンセルや追加、中止の連絡は前日の 15:00 までに連絡してください。

(平日のみの対応となります。日曜日、月曜日の変更に関しては金曜日までに、祝日、祝日翌日の変更に関しては祝日前の平日のみ受け付けます)

上記日時以降のキャンセルの場合、仕入れの都合上、料金は請求させていただきますのでご了承くださいませようをお願い致します。

連絡先:ながと配食サービス 0972-24-1235

8、配食の種類は申込書でご指定ください。

ご飯の量は、ご本人様の希望により、少なめ(100g)、少し多め(180g)変更は可能ですが、200g以上の増加についてはプラスで 50 円(1 食あたり)ご請求させていただきます。

また、糖質制限食のご飯の増減は主治医の指示にしたがい 1 日の目標量を参考に検討してください。

9、週間献立表(来週分)は週初めからお渡ししていきます。

10、料金の支払いは月末締めで請求書を作成しお届け致します。口座振替にてお支払下さい。

☆ご利用にあたりご意見、ご質問等ございましたら、お気軽にお問合せください☆

お問い合わせ先 ながと配食サービス 0972-24-1235

ながと配食サービス申込書

ふりがな		性別		申込手續完了後サービス開始の連絡を担当者よりさせていただきます。連絡先をご記入下さい。
氏名		男・女		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日(歳)			本人へ連絡・代理申込者へ連絡
住所	〒			代理申込者の場合の連絡先 電話番号: 続柄:
電話番号	自宅: 携帯電話:			
食種	ながと御膳 680円	糖質制限食 780円	塩分制限食 780円	タンパク制限食 780円
ご飯の量やカロリーを参考に、ご希望の食数を()にご記入下さい	ご飯量 ふつう140g()食 少なめ100g()食 大盛り180g()食	カロリー 5単位400kcal()食 6.25単位500kcal()食 7.5単位600kcal()食	カロリー 500kcal()食	カロリー 600kcal()食
アレルギーの有無	無・有()			
希望開始日	令和 年 月 日 昼食・夕食 より開始			
配達希望日	希望するところに○もしくは記入してください。			
【昼食】	毎日	曜日指定: 月・火・水・木・金・土・日		
【夕食】	毎日	曜日指定: 月・火・水・木・金・土・日		
日付指定がある場合はご記入下さい				
お支払方法	指定口座振替 月末締めで請求書をお届け致します。毎月口座より振替させていただきます。 別紙、口座振替申込書への記入をお願い致します。			

①安否確認: お弁当お届け時、安否確認は必要ですか? はい・いいえ (※安否確認であり、緊急時の対応はご家族の判断になります。)				
②万が一、不測の事態が生じた場合の対応についてお答えください。数字に○を記入してください。				
1.緊急連絡先に連絡をとる 2.救急車を呼ぶ 3.その他 (連絡先:)				
緊急連絡先	①ふりがな 氏名 () 続柄 ()		②ふりがな 氏名 () 続柄 ()	
	電話番号	自宅: 携帯:	電話番号	自宅: 携帯:

連帯保証人	ふりがな 氏名	印	住所
			続柄() 電話番号:

担当ケアマネがいる場合は記入して下さい	事業所	
	氏名	電話番号:

上記の内容及び「配食サービスのご案内」了承の上、ながと配食サービスに配食弁当を申し込みます。			
令和	年	月	日 氏名 印

受付者:長門記念病院()ケアタウンながと()鶴望野()和の風()双樹会()

受付:令和 年 月 日