

飲食店営業者様 登録フォーム

営業所名称		許可業種	※保健所発行の許可指令書 許可業種 をご記入ください。
営業所所在地		営業所連絡先	営業所： () 緊急時： () ※緊急時電話番号はホームページに掲載しません。
担当者氏名		営業時間 定休日	
種別	朝食 ・ お弁当 ・ 夜食 ・ ケータリング		
一覧ページ用 PR	※一覧のページに掲載致します。選んで頂いた種別ごとのPRを一言お願い致します。		
店舗ページ用 PR	※各店舗のページに掲載致します。		
支払方法	現金 ・ 請求書	注文条件	期限： () 日前までに注文。個数変更は () 日前まで) 個数： () 個以上、 () 個まで) 配達時間：
連絡事項	※掲載メニュー以外の相談や予算に応じた相談、その他融通が利く対応ができる事などをお書き下さい。		
SNS	Facebook ・ Twitter ・ Instagram	HP	(あり ・ なし) URL：

※内容について不明な点等ございましたら、HPを参照して下さい。または、MBS財団撮影支援室へお問合せ下さい。TEL：080-7102-8126

※料理等の写真は3枚までとなります。提出先：ashikaga.film@watv.ne.jp