

施設名 _____ **様**

TEL _____

ご担当者様 _____

ご利用希望日 月 日 時より

ご利用人数 名様

お名前	年齢	メニュー	既往歴・アレルギー・その他ご要望等

ご利用希望日 月 日 時より

ご利用人数 名様

お名前	年齢	メニュー	既往歴・アレルギー・その他ご要望等

ご利用希望日 月 日 時より

ご利用人数 名様

お名前	年齢	メニュー	既往歴・アレルギー・その他ご要望等

ご予約ありがとうございます。ご確認後、当店よりご連絡させていただきます。
ご来店、心よりお待ちしております。

Le GRACE

TEL・FAX 03-3673-1241

東京都江戸川区北小岩4-36-13中根ビル1・2階