

供花ご注文票

(株)フューネスケア

月 日 時 ~ 通夜・告別式

お届け先

家

お客様FAX

お客様電話

*** 何をご注文されますか？ 品番を下記に記入してください。**

1. 生花16.500円	2. 生花22.000円	3. 缶詰籠16.500円	4. 缶詰籠22.000円
	菊 または 洋花		
5. 果物籠16.500円	6. 果物籠22.000円		

この度のご葬儀は、ご家族のご要望により **生花のみ** の受付となります。

本数	品番	御名義 (名札に書くお名前)
1基目		
2基目		
3基目		

* ご精算方法	1. 弔問時精算 (当日、会場内に精算所がございます)	2. 銀行振り込み *(7日以内にお振り込み願います)

*** 銀行振り込み**を選択された方のみご記入下さい。

請求書送付先 〒 _____ 住所:

会社名:

電話番号:

ご担当:

*** 着信を受け次第、受理印を押印の上ご返信 又はお電話させていただきます。**

受理印

申し訳ありませんが
スタッフ全員外出時
ご連絡が遅れる場合もございます。

弊社FAX 050-3488-9197

TEL 047-407-2891