

太枠内の必要事項を楷書でご記入のうえ、下記へFAX送信願います

FAX送信先：045-784-6919

## 供花注文書

FAX受信後、当社より確認の電話をさせていただきます。（20時以降の受信は翌日9時30分以降の確認となります）

**※内容確認のご連絡にて受注完了となります。**

|  |  |   |   |            |
|--|--|---|---|------------|
| 葬家名  | 家  |   |   | 当社<br>チェック |
| 通夜   | 月  | 日 | 時 | 分より        |
| 葬儀   | 月  | 日 | 時 | 分より        |
| 刀ガナ  |  |   |   |            |
| お名札名<br>(楷書)   |  |   |   |            |
| 数量   | 一基・一対(二基) 【どちらかを○で囲んでください】   |   |   |            |
| ご請求先   | 郵便番号   | — |   |            |
|  | 住所   |   |   |            |
|  | 会社名または名前   |   |   |            |
|  | 担当者名   |   |   |            |
|  | 電話番号   | — | — |            |
|  | FAX番号  | — | — |            |
| お支払方法<br>(どちらかに✓)  | <input type="checkbox"/> 振込み ※振込手数料につきましては、ご負担くださいますようお願いいたします。  |   |   |            |
|  | <input type="checkbox"/> 会葬時支払い [領収書名]   |   |   |            |
| ご記入いただきましたご住所等の連絡先を喪主さまにお知らせする場合があります。<br>異議がある場合は口にて✓をお願いいたします。 → <input type="checkbox"/> 私は個人情報の提供に同意しません |  |   |   |            |
| お願い  | ●ご記入は1枚に1名札名とし、複数の場合はそれぞれ1枚のご記入をお願いいたします。<br>●喪主さまのご希望により、供花の名札は芳名板となる場合がございますのでご了承願います。<br>●お振込みの際は、「ご請求先の会社名または名前」での振込をお願いいたします。<br>●振込手数料につきましては、ご負担くださいますようお願いいたします。<br>●会葬時支払いの場合は、[領収書名]のご記入をお願いいたします。 |   |   |            |

供花は喪主さまのご希望による統一のもの（花の種類・色など）となります。  
金額は、一基 19,800円・一対(二基) 39,600円（消費税込み）で承っております。

※ お申込みいただきました個人情報は、目的外に使用・提供することはありません。

|   |  |    |    |
|---|--|----|----|
| 確認者                                       |  |    |    |
| ハ   | ユ  |    |    |
| FAX送信 <input checked="" type="checkbox"/> | 確認電話 <input checked="" type="checkbox"/> |    |    |
| 受付  | NO.                                      | 基数 | 総数 |
|   |  |    |    |

京急メモリアル 金沢文庫斎場

〒236-0016 横浜市金沢区谷津町384

TEL 045-784-9833

FAX 045-784-6919