



FAX 送 信

FAX 03-3368-7504

※ 送信間違えには充分ご注意ください。

ご供花FAXオーダーシート

- 葬儀会場などの都合によりお出しできない場合もございます。
- FAX到着後、確認のお電話をさせていただきます。
- 生花の内容は、季節によって変わる場合もございます。

ご注文日

(FAX送信日)

月 日 送信

■お届け先情報

葬家名	家	通	夜	月	日	時	~
故人名 (故人様性別)	故 様 □女性 □男性	告別式		月	日	時	~
お届け先 ご住所	東京都墨田区横網1-7-2						
葬儀場名称	慈光院						
お電話	(03) 3622 - 3011						

■ご注文商品

お花の種類は、「先方」にあわせてお出しする。

No.	商品	お札名 ※「楷書体」にてはっきりとお書き下さい。	本体価格(1基)	数量
①	<input type="checkbox"/> 洋花 <input type="checkbox"/> ミックス <input type="checkbox"/> 菊花		<input type="checkbox"/> 19,800円 <input type="checkbox"/> 26,400円 <input type="checkbox"/> 39,600円	基
②	<input type="checkbox"/> 洋花 <input type="checkbox"/> ミックス <input type="checkbox"/> 菊花		<input type="checkbox"/> 19,800円 <input type="checkbox"/> 26,400円 <input type="checkbox"/> 39,600円	基
③	<input type="checkbox"/> 洋花 <input type="checkbox"/> ミックス <input type="checkbox"/> 菊花		<input type="checkbox"/> 19,800円 <input type="checkbox"/> 26,400円 <input type="checkbox"/> 39,600円	基

■ご請求書送付先

会社名			所属部署名
お名前			
フリガナ			
ご住所	〒		
お電話	() -		
FAX	() -		
<ul style="list-style-type: none"> ● 経理上〆日支払い日などございましたらご記入お願いします。 <p style="text-align: center;">【 月 日締め 月 日支払い】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● その他 			
			受注確認
			発注確認
			受付担当

