

# 供 花 ご 注 文 票

(株)フューネスケア

月 日 午前 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. 菊生花18.500円	2. 生花22.000円 洋花主体	3. 洋花27.500円 洋花主体	4. 洋花38.500円 洋花主体
---------------	----------------------	----------------------	----------------------

ご注文締切 / 17時

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