

# 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<br>洋花主体 | 2. 生花22.000円<br>洋花主体 | 3. 洋花27.500円<br>洋花主体 | 4. 洋花38.500円<br>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. 吊問時精算

(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 〒 一 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 又はお電話させて頂きます。

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