

家 注 文 書

年 月 日

日 時: 通 夜 月 日 () 午後 時 より
葬 儀 月 日 () 午前・午後 時 ~ 時

式 場:

故人名: 故 儀

喪主名: 様

品 名: 生花 16,500円(税込) × 基

名 札:

請求先(宛名):

住 所: 〒

電 話:

(担当者名)

品 名: 生花 22,000円(税込) × 基

名 札:

請求先(宛名):

住 所: 〒

電 話:

(担当者名)

※上記の生花必要分をの中に必ずチェックして下さい。(例)

※上記の注文書は、下記のFAX番号へ送信を、お願い致します。

ト ッカ ショウ コウ シャ

有限会社 戸塚昇光社

神奈川県横浜市戸塚区柏尾町543番地

TEL 045-821-2784

FAX 045-824-0824