

ご 注 文 用 紙

故 様 葬儀

(喪主 : 様)

会 場 *セレモニーホールほそかわ * その他
留萌市高砂町2丁目4-4 ご連絡ください

日 時 通夜 月 日 時 分 (翌日告別式 時 分)

ご注文品 (*スタンド生花 *果物 *その他)
ご注文内容 (*を○で囲んでください)

金 額 円 (税 込) *カタログ No.

個 数 台

名 札

* 実際は縦書きの札になります

お支払方法 *当日会場にて *後日ご請求

ご請求書の送付先

ご住所 〒

ご氏名 (会社名)

ご注文者様ご連絡先 (電話番号とご担当者さま名 をお願いいたします。)