

FAX

ご担当者様

村上葬祭グループ
ハートフルパートナーズ

〒156-0051 東京都世田谷区宮坂3-28-2

ご生花のご注文を賜り厚く御礼申し上げます
申し込み書を送信致しますのでご記入の上ご返信賜ります様お願い申し上げます

生花注文書

ご喪家名：

通夜： 月 日 時～ 時

告別式： 月 日 時～ 時

場所：

ご芳名
(お札のお名前)

種 類

生 花 ・ ()

金 額

19,800円・26,400円・39,600円 (税 込)

数 量

基

ご請求書先

住 所 /

電 話 /

FAX /

※必ずご記入下さい

ご 芳 名 /
ご担当者 /

※申込書 受信確認後 当社より必ずFAXにて1時間以内に確認を致しますので確認のFAXがない場合はお手数ですがお電話をお願い致します（夜間受信につきましては翌日になる場合がございます）

※葬儀終了後にご請求書をご送付させていただきますが当日精算の方は下記に記入をお願いします

☐ 当日精算

ご注文はこちらにお願い致します

FAX 03-3420-7705