

お 供 物 注 文 票

葬家名	家
------------	---

- ※ 縦書きにてお書きください。 ※ 連名の場合は、右側(上位)からお書きください。
 ※ 数の欄に個数を記入してください。(『1対』の場合は『2』と記入してください)
 ※ プリントアウトし記入後FAXにてご注文ください

3 贈主			2 贈主			1 贈主		
様			様			様		
種類	税込金額	数	種類	税込金額	数	種類	税込金額	数
花環	10,800		花環	10,800		花環	10,800	
盛籠	10,800		盛籠	10,800		盛籠	10,800	
	14,040			14,040			14,040	
生花	16,200		生花	16,200		生花	16,200	
	21,600			21,600			21,600	
	27,000			27,000			27,000	

名札記載

※ 当日精算と葬儀後の請求、振込にてご精算をお選びください。

当日清算	後日振込
------	------

FAXが届きましたら連絡をさせていただきますのでご記入お願いいたします。

〒	郵送先ご住所(部課署名までお記入ください。)
お電話	
発注ご担当者名	

問合せ先

下野市	白ゆり会館自治医大店	FAX 0285-43-1267	TEL 0285-43-1266
小山市	しらゆり羽川ホール	FAX 0285-25-9946	TEL 0285-25-9945
日光市	まつなみ会館	FAX 0288-32-2498	TEL 0288-32-2499