FAX送信先 ： 04-7171-4194

ライフケア 増尾会堂
所在地 千葉県柏市加賀3-22-10
ＴＥＬ 04-7171-4444

ご供花・お供物　FAX専用承り書

■ ご葬家様名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 家　ご葬儀

■ 通夜日時 ＿＿月＿＿日＿＿時＿＿分 ～　　■ 告別式日時 ＿＿月＿＿日＿＿時＿＿分 ～

この度は、ご依頼を賜り、誠にありがとうございます。注文欄にご記入の上、FAX送信先へ送信ください。
FAX受信後、弊社より確認のご連絡をさせて頂きます。
尚、17時以降に受信した場合は、翌日（9時以降）の確認とさせて頂きます。予めご了承くださいませ。

（ご注意）・当式場では、花環を飾ることができません。あらかじめご了承くださいませ。
・式場へのお持込は、固くお断りしております。
・ご記入の際は、楷書でお書きくださいますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

■ ご供花・お供物注文欄

＼	お札名	品名	単価（税抜） 数量	合計金額（税抜）
1		生花	□ 15,000円 × 基 □ 20,000円 × 基 □ 25,000円 × 基 □ 30,000円 × 基	
		盛籠	□ 10,000円 × 基 □ 15,000円 × 基 （ ワイン・ジュース・バラエティ ）	円
2		生花	□ 15,000円 × 基 □ 20,000円 × 基 □ 25,000円 × 基 □ 30,000円 × 基	
		盛籠	□ 10,000円 × 基 □ 15,000円 × 基 （ ワイン・ジュース・バラエティ ）	円
3		生花	□ 15,000円 × 基 □ 20,000円 × 基 □ 25,000円 × 基 □ 30,000円 × 基	
		盛籠	□ 10,000円 × 基 □ 15,000円 × 基 （ ワイン・ジュース・バラエティ ）	円

【お支払方法】 ①～③のいずれかを〇で囲んでください

① 現金　□ **通夜時**　□ **告別式時**　※当日 弊社スタッフが承りますので、お申し付けくださいませ

② 銀行振込　お振込み予定日＿＿月＿＿日　※後日「請求書」と「振込用紙」をご請求先へお送り致します

③ クレジットカード　カード会社 □ VISA　□ Master

カード番号 □□□□ － □□□□ － □□□□ － □□□□

カード名義人（半角ローマ字）＿＿＿＿＿＿＿＿　有効期限 ＿＿月 ／ ＿＿年

※ご依頼内容について、当社よりご連絡させて頂く場合がございますので、次の欄も必ずご記入ください

ご依頼者様 ご連絡先					
お名前（会社名）			ご担当者 部署：	お名前：	様宛
ご住所 〒					
TEL －	－	／ FAX	－	－	
E-mail					

ご記入頂きました個人情報は、㈱ライフクリエイトの供花・供物発注業務への利用及びご葬家様からの問い合わせに対し開示し、他の目的での利用はございません。
その他詳細につきましては、当社ホームページ「個人情報の取扱いについて」（ http://www.lifeland-group.jp/privacy/privacy_c.html ）をご参照ください。

弊社使用欄			