FAX送信先 ： 043-423-4449

ライフケア 四街道
所在地 千葉県四街道市四街道1-12-4
TEL 043-423-4444

ご供花・お供物 FAX専用承り書

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。 なお、以下の事項について予めご了承くださいませ。

（ご注意）・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。
・当式場では、花環を飾ることができません。
・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。

■ ご葬家様名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 家 ご葬儀

■ 通夜式 ＿＿月＿＿日＿＿時＿＿分＿＿～ ■ 葬儀告別式 ＿＿月＿＿日＿＿時＿＿分＿＿～

		お札名	品名	単価（税込）	数量	合計金額（税込）
ご注文品	1		生花	18,150円 ×	基	円
				24,200円 ×	基	
				30,250円 ×	基	
				36,300円 ×	基	
			盛籠	16,200円 ×	基	
	2		生花	18,150円 ×	基	円
				24,200円 ×	基	
				30,250円 ×	基	
				36,300円 ×	基	
			盛籠	16,200円 ×	基	

お支払方法

①ご来場時のお支払い

お支払日 □ 通夜式 □ 葬儀告別式

お支払方法 □ 現金 □ 式場窓口でのクレジットカード VISA・Masterになります
（式場窓口でのクレジットカード決済の場合は下記カード番号の記載は不要です）

②後日のお支払い

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

□ クレジットカード VISA・Masterになります

カード番号 □□□□ － □□□□ － □□□□ － □□□□

カード名義人（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きますので、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			