

# 生花・供物ご注文書

年 月 日



お届け先 (喪主)	家 様
--------------	--------

お届け場所 (会場) 名称	<input type="checkbox"/> メモリアルホールクオーレ <input type="checkbox"/> それ以外のお届け場所(名称とご住所をご記入下さい) 〒
---------------------	--

通式夜	月	日	時	分	告別式	月	日	時	分
-----	---	---	---	---	-----	---	---	---	---

品名	御名札 (ご記入通りに作成いたします)	数量	金額

ご請求先(お名前)
ご担当者様
ご住所 〒
電話 ( )
ご精算方法
<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 通夜・告別式ご参列時 <input type="checkbox"/> 当社へご来社 <input type="checkbox"/> その他( )

株式会社 花のみさわ  
メモリアルホール クオーレ

〒379-0116  
群馬県安中市安中811番地  
☎ 027-382-9000

FAX番号 ⇒ 027-381-3308