



ご供花FAXオーダーシート

ご注文日

(FAX送信日)

月 日 送信

- 葬儀会場などの都合によりお出しできない場合もございます。
- FAX到着後、確認のお電話をさせていただきます。
- 生花の内容は、季節によって変わる場合もございます。

FAX 送信

FAX

03-3368-7504

※ 送信間遅れには充分ご注意ください。

■お届け先情報

葬家名	家	通夜	月	日	時～
故人名	故 様	告別式	月	日	時～ 時
(故人様性別)	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性				
お届け先 ご住所	東京都中野区新井5-3-5				
葬儀場名称	新井薬師寺				
お電話	(03) 3386 - 1335				

■ご注文商品

お花の種類は、「先方」にあわせてお出しする。

No.	商品	お礼名 ※「楷書体」にてはつきりとお書き下さい。	本体価格(1基)	数量
①	<input type="checkbox"/> 洋花 <input type="checkbox"/> ミックス <input type="checkbox"/> 菊花		<input type="checkbox"/> 19,800円 <input type="checkbox"/> 26,400円 <input type="checkbox"/> 39,600円 (消費税込)	基
②	<input type="checkbox"/> 洋花 <input type="checkbox"/> ミックス <input type="checkbox"/> 菊花		<input type="checkbox"/> 19,800円 <input type="checkbox"/> 26,400円 <input type="checkbox"/> 39,600円 (消費税込)	基
③	<input type="checkbox"/> 洋花 <input type="checkbox"/> ミックス <input type="checkbox"/> 菊花		<input type="checkbox"/> 19,800円 <input type="checkbox"/> 26,400円 <input type="checkbox"/> 39,600円 (消費税込)	基

■ご請求書送付先

会社名	所属部署名	
お名前		
フリガナ		
ご住所	〒 _____	
お電話	() _____	—
FAX	() _____	—

● 経理上×日支払い日などございましたらご記入お願いします。

【 月 日締め 月 日支払い】

● その他

受注確認	発注確認	受付担当



運営・管理 葬祭事業部 香 式 典

シルバーシステム株式会社

〒169-0073 東京都新宿区百人町

TEL:03-5338-4028(代) FAX:03-3368-7504

