

# FAX注文用紙

※当日お届けの場合はPM12:00までのご注文となります。

※当日ご注文の場合、お花の種類を確保することが難しい為、写真の内容と異なりますのでご了承下さい。

FAX:011-511-1986

ご注文日: 月 日

お届け日: 月 日 曜日

通夜・告別式の場合は始まる時間を記入して下さい( 時 分)

※複数ご注文の方は、お手数ですが、1個につき当用紙を1枚をご記入下さい。

| 商品番号 | 商品名 | 金額 | 合計金額 |
|------|-----|----|------|
|      |     | 円  | 円    |

【用途】 ※お悔みの種類に○をご記入下さい

|      |                   |
|------|-------------------|
| お悔やみ | 通夜・告別式・法事・お盆・他( ) |
|------|-------------------|

【立て札等】 ※□にチェックし、記載する内容の番号に○をご記入下さい。メッセージの内容は備考にご記入下さい。

|                          |          |   |               |
|--------------------------|----------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 立て札(法人様) | 1 | 贈り主の会社名・役職・氏名 |
| <input type="checkbox"/> | 立て札(個人様) | 2 | 贈り主の氏名・氏名(連名) |

|      |                          |    |                     |      |
|------|--------------------------|----|---------------------|------|
| お届け先 | 住所                       | 〒  |                     |      |
|      | 会社名(法人様のみ)<br>斎場名(葬儀の場合) |    |                     | TEL: |
|      | 役職(法人様のみ)                | 氏名 | (通夜・告別式の場合はご葬家様名) 様 |      |
| 贈り主  | 住所                       | 〒  |                     |      |
|      | 会社名(法人様のみ)               |    |                     | TEL: |
|      | 役職(法人様のみ)                | 氏名 | 様                   |      |

※□にチェックしご記入ください。カードをチェックした場合、お使いのカードの種類に○をご記入下さい。

※個人の方はカードでのお支払いのみとなります。

|     |                          |             |   |      |     |  |
|-----|--------------------------|-------------|---|------|-----|--|
| お支払 | <input type="checkbox"/> | カードの種類      | JCB ・ VISA ・ MASTER ・ Diners ・ AMEX                 |      |     |  |
|     |                          | カード番号       |   | 有効期限 | 年 月 |  |
|     |                          | カード名義       |   |      |     |  |
|     | <input type="checkbox"/> | 銀行振込(法人様のみ) | ※振込手数料はお客様のご負担でお願い致します。                             |      |     |  |
|     |                          | 法人様のみ       | *ご担当者の方宛にお届け完了後に、ご請求書をご送付致します *住所は贈り主と異なる場合のみご記入下さい |      |     |  |
|     | ご担当者                     | 住所          |   | 振込日  | 月 日 |  |
|     |                          | 所属          |   | TEL: |     |  |
| 氏名  |                          | 様           | FAX:  |      |     |  |

備考:

※FAX受信後、折り返し確認のご連絡をさせていただきます。万が一連絡が無い場合はお手数ですがお電話にてご連絡下さい。

株式会社明道香風園

【お問い合わせ窓口】 TEL:0120-11-1970 (平日9:00~17:00)