

# 供物注文書

お届け先 (葬家名)	故	様	施主	様
---------------	---	---	----	---

ご依頼人		TEL	
ご住所	〒		

通夜式	年	月	日( )	時	分より
葬儀式	年	月	日( )	時	分より

	商品名	金額	数量	ご芳名
1		円		
2		円		
3		円		
4		円		
5		円		

家族葬の

メモリアルホール

〒305-0005 茨城県つくば市天久保 4-10-4

 **0120-34-1919**

FAX.0296-75-2555