

ファミリースペース東京塚 行き

年 月 日

FAX 096-297-2186

生 花 注 文 書

お届け先(ご喪家) _____ 様

生花スタンド ☐ 19,800円 ☐ 25,300円
☐ その他(_____)円

該当する商品の ☐ に、チェック「✓」をご記入願います

33,000円以上は、5,500円単位となります。その他の欄にご希望の金額をお書きください

※ 消費税込み価格です

お届け本数 _____ 本 ※ 一对の場合は、2本となります

お名札表示

ご記入いただいた内容を、そのまま記載しますから楷書で正確にご記入願います

お届け本数の数だけお名札を指定してください

ご精算方法 ☐ 式場での支払い ☐ 請求(口座振込)

該当する項目の ☐ に、チェック「✓」をご記入願います

お名前(または法人名) _____

請求先ご住所 〒 _____

(お電話番号) _____

(ご担当者) _____