

様 供 花 注 文 書

年 月 日

ご葬家名	家	喪主	様
お通夜	月 日 午後 時 分	ご葬儀	月 日 午前・午後 時 分
お届け先	☐ 正岡真照苑 ☐ その他 ☐ 自宅 住所:		

✓を入れて下さい。

品 名	数 量	金 額 (税込)	名 札
☐ スタンド	☐ 1 基	☐ 11,000円 ☐ 16,500円	
☐ 枕 花	☐ 1 対	☐ 22,000円 ☐ 33,000円	
☐ スタンド	☐ 1 基	☐ 11,000円 ☐ 16,500円	
☐ 枕 花	☐ 1 対	☐ 22,000円 ☐ 33,000円	
☐ スタンド	☐ 1 基	☐ 11,000円 ☐ 16,500円	
☐ 枕 花	☐ 1 対	☐ 22,000円 ☐ 33,000円	
☐ スタンド	☐ 1 基	☐ 11,000円 ☐ 16,500円	
☐ 枕 花	☐ 1 対	☐ 22,000円 ☐ 33,000円	

〔ご請求先〕

お支払方法

☐振込

☐現金支払い

氏 名	
住 所	〒
TEL FAX	

メモリアルホール

正 岡 真 照 苑

愛媛県上浮穴郡久万高原町久万373

(株) 正 岡 葬 儀 社

愛媛県上浮穴郡久万高原町久万386

TEL (0892)21-0570

FAX (0892)21-0444