

ご生花注文書

令和 年 月 日

ご依頼者様 住 所

会社名

T E L

F A X

担当者

拝啓、この度は弊社にご依頼を賜りまして誠にありがとうございます。
お手数ではございますが、ご記入の上、泉都葬祭社 FAX 0977-23-3026 に
FAX賜りますよう、宜しくお願いいたします。
尚、当社へFAXの後、確認のお電話をお願いいたします。

| お届け先 | 家 | 日付 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-------------------------------|------|------------------|---------|---------|---|---|
| 品名 | 生花 | (いずれかに○をしてください) | | | | |
| 名札名 (立て札にて縦書きで お願い致します) | | 1本 | 11,000円 | | | |
| | | 〃 | 16,500円 | | | |
| | | 〃 | 22,000円 | | | |
| | | | ・ | | | |
| | | | 1対 | 22,000円 | | |
| | | | 〃 | 33,000円 | | |
| | | | 〃 | 44,000円 | | |
| | | (税込金額です) | | | | |
| ご請求先 | ご住所 | 〒(-) | | | | |
| | 御社名 | | | | | |
| | ご氏名 | | | | | |
| | ご連絡先 | | | | | |

送信先

(有)泉都葬祭社

FAX 0977-23-3026

〒874-0930 大分県別府市光町12番25号 TEL 0977-24-1015