

生花注文書

大分県労働福祉会館 行

FAX.097-533-2130

にご記入ください。

TEL.097-533-1121

お届け先	住所	〒□□□□□□□□			都道府県	市郡	
	お名前	ふりがな				様	
	TEL			携帯			

お届け日	年	月	日	特記事項	ご希望がございましたらご記入ください。 例)通夜〇〇時～、葬儀〇〇時～
	時	分			

ご用途	<input type="checkbox"/> 葬儀	札名またはメッセージ	
	<input type="checkbox"/> お祝い()		
	<input type="checkbox"/> お見舞い		
	<input type="checkbox"/> その他()		

形態	<input type="checkbox"/> スタンド	ご希望	例)スタンド1対 スタンド1本 白色多め
	<input type="checkbox"/> 花束		
	<input type="checkbox"/> アレンジ		
	<input type="checkbox"/> かご花・卓上花		
	<input type="checkbox"/> その他()		

個数	金額	円(税別)
----	----	-------

通信料	円(税別)
持込手数料	円(税別)
総額	円(税別)

※商品が複数の場合は、個数分の詳細をご希望欄にご記入ください。

お申込者	住所	〒□□□□□□□□			都道府県	市郡
	お名前	ふりがな		様	担当者名	
	TEL				携帯	