

葬斎施設FAX番号 048-521-0153

予約確認票

電話/FAX受付:平成 年 月 日 時 分 連絡者:

【施設予約情報】

メモ欄

通夜日時	平成 年 月 日 時 分	
告別式日時	平成 年 月 日 11時 13時	
火葬日時	平成 年 月 日 時 分	
式場	第1 第2	
火葬種別	<input type="checkbox"/> 15歳以上 <input type="checkbox"/> 15歳未満 <input type="checkbox"/> 死産児 <input type="checkbox"/> 身体の一部 <input type="checkbox"/> 改葬	

【死亡者情報】【身体の一部ではご本人】

氏名(カナ)(必)		
氏名(必)		<input type="checkbox"/> 不詳
住所(必)		<input type="checkbox"/> 不詳
本籍(任意)		<input type="checkbox"/> 不詳
性別(必)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 不詳
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 不詳
死亡年月日時 ※身体の一部は手術年月日	<input type="checkbox"/> 死亡年月日 <input type="checkbox"/> 手術年月日 <input type="checkbox"/> 推定年月日 <input type="checkbox"/> 不詳 ※平成 年 月 日 時 分	
待合室の利用・宗派	有 無 ・ 祭壇 式	例)仏式・キリスト教・友人葬・神式・その他
待合室和洋希望・部屋数等	和 洋 部屋希望	

【申請者情報】【身体の一部ではご本人】【死産児ではお母さんのお名前】

氏名(カナ)(必)		
氏名(必)		
住所(必)		
連絡先		
死亡者等との続柄(必)		

【業者情報】

業者名		
担当者		
連絡先		
備考 (喪主名・苗字の特記事項・その他連絡事項)		

※ 返送用FAX番号 — —