

FAX番号はこちら → 092-407-3547

美霊珠 申込書

申込者 (お振込人)	フリガナ	生年月日 (西暦)	年 月 日
故人氏名 及び戒名			
住 所	〒 -		
電 話 番 号		携 帯 番 号	
依 頼 方 法	<input type="checkbox"/> 持ち込み <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> その他 ()		
ボトルの型	<input type="checkbox"/> 六角 <input type="checkbox"/> 四角		
珠の色	<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> ピンク		
花材のカラー	<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> ピンク		
メール アドレス	※連絡方法の希望がメールの場合は必ずご記入ください。		

ご希望連絡先	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> メール (昼間、弊所から連絡可能な方法)
--------	--

■ 申込者以外の方へ郵送をご希望の方

宛先氏名		電話番号	
宛先住所	〒 -		

※ 確認欄	
受付日 : 年 月 日 担当者 : _____	受付担当者 : _____
発送日 : 年 月 日 担当者 : _____	美霊珠担当者 : _____
(伝票番号 _____)	ハーバ担当者 : _____
同意書	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
報告書	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 確認