

ご遺骨のパウダー化 お申し込み書

お申込者様 氏名	フリガナ	
	様	
ご住所	〒	
TEL	自宅	携帯
故人様 お名前	フリガナ	
	様	
ご命日	ご命日 年 月 日 享年 歳	
ご遺骨	<input type="checkbox"/> 遺骨の全てをパウダー化	<input type="checkbox"/> 遺骨の一部をパウダー化
お手元供養グラス	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要
ご遺骨のお引取り	<input type="checkbox"/> 必要 ※一部有料となりますのでご確認ください。	<input type="checkbox"/> お客様にてご持参
骨壺のご返却	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要
お客様ご要望欄		