

様

この度はご注文誠にありがとうございます  
お名前間違いなどあるといけませんので  
FAXにて ご注文承ります

※生花は16,500円から2段になります

|      |            |       |         |         |
|------|------------|-------|---------|---------|
| 供物種類 | 生花スタンド     | (1段)  | 11,000円 | 22,000円 |
|      |            | (2段)  | 16,500円 |         |
|      | 籠花 (アレンジ花) |       | 5,500円  | 11,000円 |
|      | 胡蝶蘭鉢       | (3本立) | 16,500円 | (5本立)   |

※果物盛籠をご希望の際は、お電話にてお問い合わせ下さい。

ご注文方法 ①～⑤の太枠内のみご記入下さいませ

- ① 供物種類をご記入下さい
- ② 金額・本数をご記入下さい (1対の場合は2本)
- ③ お届け先 (お届け先の喪家様名あるいは 故人様名)
- ④ 御芳名 (供物にお付けする名前、会社名・団体名・個人名など)
- ⑤ 請求先 (お支払いになる方の「住所」「電話番号」「お名前 (ご担当者)」「入金方法」「支払予定日」をご記入下さい)

※「住所」「電話番号」「お名前」「支払予定日」は必ずご記入をお願い致します  
上記をご記入の上 お手数ですが下記までFAXをお願い致します  
折り返し お電話にてご確認をさせていただきます  
尚 FAXが込み合う場合、確認までお時間が掛かる場合があります ご了承下さいませ。

〒885-0023 宮崎県都城市栄町15-1-2  
(株)メモリード宮崎 「都城メモリードホール」  
Tel 0986-25-4949 Fax 0986-25-5081

お支払方法は ①来館時 ②口座振り込み  
のいずれかをお願いしております。  
(振込の方は後日、請求書を発送致します  
また御芳名と振込される方の振込名が違う場合はその旨ご記入下さいませ)

|      |   |                        |
|------|---|------------------------|
| 振込口座 | いずれか<br>お選び下さい                              | 宮崎太陽銀行 都城支店 (普) 349364 |
|      |   | 宮崎銀行 都城北支店 (普) 1695539 |
|      | (名義人) 株式会社 メモリード宮崎<br>代表取締役 吉田 明夫 (よしだ あきお) |                        |

| 発 注 書  |                 |        |             |                  | 御中                               |     |
|--|-----------------|--------|-------------|------------------|----------------------------------|-----|
| 告別式  |                 |        | 月           | 日                | 発注日 令和 年 月 日                     |     |
| ①供物種類  | 吊<br>スタンド<br>生花 | 籠<br>花 | 胡<br>蝶<br>蘭 | 果<br>物<br>盛<br>籠 | ② 金額・本数                          |     |
|  |                 |        |             |                  | ¥                                | × 本 |
| ⑤請求先   |                 |        | ④御芳名        |                  | ③お届け先                            |     |
| 〒  |                 |        |             |                  | 故<br>人<br>様<br>の<br>ホ<br>ール<br>名 |     |
| ☎  |                 |        |             |                  |                                  |     |
| お名前 (ご担当者名)  |                 |        |             |                  |                                  |     |
| 入金方法<br><input type="checkbox"/> 来館時支払<br><input type="checkbox"/> 銀行振込み |                 |        |             |                  |                                  |     |
| 振り込みの場合<br><input type="checkbox"/> 座名義人                                 |                 |        |             |                  | ) 様 (                            |     |
| 入金予定日<br>※必ずご記入を下さい<br>月 日   |                 |        |             |                  |                                  |     |

| 依頼者への確認 |   |   |   |  |
|---------|---|---|---|--|
| 月       | 日 | 時 | 分 |  |
| 確認者     |   |   |   |  |
|         |   |   |   |  |

| 業者への確認 |   |      |   |  |
|--------|---|------|---|--|
| 月      | 日 | 時    | 分 |  |
| 確認者    |   | 業者担当 |   |  |
|        |   |      |   |  |

領収書No