

平成 年 月 日

仙川斎場利用申込書

仙川斎場 殿

次の通り仙川斎場の利用申し込みを致します。

「仙川斎場施設利用のご案内」の内容を承諾致します。

※申請者 住所： 電話：
(ふりがな)
氏名： 印 ご逝去者との続柄

※ご逝去者 住所： ご逝去日 月 日
(ふりがな)
氏名： 享年 才

安置室利用 (有・無) 宿泊者 (有・無) 宿泊人数 (名)

利用日時 お通夜： 月 日 () 時～ 時
告別式： 月 日 () 時～ 時

※出棺が11時30分以降になる場合は事前にお問い合わせ下さい。

参列予定人数 約 名 葬儀の形式 (宗派)

当ホールでの 初七日 (有・無) 精進落とし (有・無)

取扱葬儀業者 住所： 電話：
名称： 担当者氏名

(申請者と喪主が異なる場合)

喪主住所： 喪主電話
喪主氏名： 死亡者との続柄：

[葬儀ご担当者様]

※まことにお手数ですが記帳の上、返送して頂きたいお願い致します。

(問い合わせが有る為、なるべく早くお願い致します) FAX 042-499-7575

設営開始時間： 時 分 からの利用

※開始時間に合わせて開錠しますので、変更があった場合には0120-11-6565へ
ご一報お願いいたします。