**西暦　　　年　　月　　日**

**仙川斎場利用申込書**

**仙川斎場 宛**

**申請者様（ ふりがな ）**

 **氏 名 ： 　　 　　ご逝去者との続柄**

**住所**

**安置室利用（ 有・無 ）　　　　　　　　　 請求書及び領収書宛名**

**利用日時 　　 お 通 夜 ： 月 日 （　　） 　 時～ 時**

**※通夜後食事 （ 有 ・ 無 ）**

 **告 別 式 ： 月 日 （　　）　 　時～ 時**

**※火葬後戻っての食事（ 有 ・ 無 ）**

**（問合せが有る為速やかにご返送下さい）→　FAX** **０４２－４９９－７５７５**

 **※設営開始時間：　　月　　日　　　　時　　　　分からの利用**

**※設営及び安置はスタッフ待機時間内の９－１７時以内にてお願いをしております。**

**参列予定人数 約** **名** 　　　**葬儀の形式（宗派）**

**※仙川斎場の定員は２０名様が目安となっております。**

**葬儀業者 住 所： 電 話：**

 **名 称： 担当者氏名：**

|  |
| --- |
| **〔葬儀ご担当者様へ仙川斎場からのお願い〕****以下の事項をご確認の上、必要事項を記入しFAXをご返送下さい。****※葬儀で安置室ご利用の場合は１日辺り**8,000＋tax**ご安置のみご利用の場合は**15,000＋tax**を斎場使用料と別にいただきます。****※開始に合わせて開錠しますので、変更や問合せは０１２０－１１－６５６５へご一報お願いいたします。****※仙川斎場の問合せ受付時間は９－１７時となっております。**  |