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。