

平成 年 月 日

大和斎場施設使用申込(身体の一部)確認書

次のとおり、大和斎場の施設使用(身体の一部)の予約の確認を致します。

申込者
(葬儀社名)

担当者名
連絡先 TEL
FAX

火葬炉予約時間	平成 年 月 日 時 分						
フリガナ							
氏名(性別)							男・女
手術年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分						
生年月日(年齢)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ()歳						
ご本人の住所	※組織市外の使用は不可						
フリガナ 申請者名			本人との 続柄			電話番号	
親族立会いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
その他	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 残骨希望						
【備考】						

(注)

- 1 申請時に本人の住所確認ができる身分証明書の添付が必要となります。
- 2 手術を行った際に病院から発行される証明書の添付が必要となります。(印鑑必須)
- 3 必ず、箱等に入れた状態でご持参ください。

※ 電話・ファックス等掛け間違いのないようお願いします。

大和斎場 TEL 046-264-5566 FAX 046-264-5564