

平成 年 月 日

大和斎場施設使用申込(死胎児)確認書

次のとおり、大和斎場の施設使用(死胎児用)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								妊娠 月数	(月)
母の氏名									
分べん年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分								
性別	男・女・不詳	棺のタイプ	<input type="checkbox"/> 棺 (尺) <input type="checkbox"/> 紙の箱 <input type="checkbox"/> その他()						
母の住所									
母の電話番号							親族の立ち合いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
告別室(お別れ室)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	入炉5分前には退出するようお願いします。							
その他	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 残骨希望								

【備考】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(注) 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にお願いします。