

問い合わせ票

以下の内容をご記入の上、弊社までFAX頂きますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| **お名前** |  |
| **ご住所** |  |
| **お電話番号** |  |
| **ご希望の散骨時期** | 未定・４月・５月・６月・７月・８月・９月・１０月 |
| **お問い合わせ**  **自由記入欄** |  |

海洋散骨　苫小牧　未来（みく）

担当：森本