

# ハワイ「天国の海<sup>®</sup>」散骨プラン 申込書

申込者名		電話番号	( ) -
ご住所	〒		
メールアドレス (PC)		携帯電話	( ) -
希望プラン	<input type="checkbox"/> 家族散骨プラン <input type="checkbox"/> 代理委託プラン		
希望日 (ハワイ現地日時)	《第一希望》	年 月 日( 曜日)	午前・午後
	《第二希望》	年 月 日( 曜日)	午前・午後
	※ハワイの日曜と米国の祝日は施行されません。		
故人様名	(漢字)	申込者と 故人様の関係	
	(ローマ字)		
申込者 ハワイ宿泊 ホテル名	(電話番号)	ハワイで繋がる 携帯電話	

同船者名①	男 女 ( 歳)	住所	〒
		電話番号	
同船者名②	男 女 ( 歳)	住所	〒
		電話番号	
同船者名③	男 女 ( 歳)	住所	〒
		電話番号	
同船者名④	男 女 ( 歳)	住所	〒
		電話番号	
同船者名⑤	男 女 ( 歳)	住所	〒
		電話番号	

その他、疑問点や質問事項・ご要望などがございましたら御記入下さい。

紹介者名(社名)	住所	〒
	電話番号	

申込書は下記FAXまたはメールで送信下さい。

株式会社儀式マーケティング機構

FAX 03-5209-0628

メール info@gishiki-marketing.jp

【個人情報の取扱いについて】  
お預かりする個人情報は適切に管理をいたします。本散骨プランにかかわるご連絡以外に、当社サービス等に関するご案内をさせていただく場合がございます。本散骨に関するご案内以外が不要な場合は、上記ご要望欄にその旨をご記入下さい。