

散骨施行同意書

故_____の親族一同は、散骨セレモニーのサービスを平成 年 月 日（散骨実施日）に、散骨シーウインドが施行することに同意し、一切異議を唱えません。

もし、他より異議などがあった場合には、責任を持って処理することを誓約します。

申込日	平成 年 月 日	
フリガナ		性別
故人のお名前		1、男性
亡くなられた日と年齢	年 月 日 歳	2、女性
フリガナ		続柄
代表同意者のお名前	⑩	
代表同意者のご住所	〒	
マンション・アパート名まで		
お電話番号		
FAX 番号		
携帯番号		

散骨シーウインド

〒791-8083 松山市新浜町乙49-49

散骨シーウインド代表 津田 和子

問い合わせ先 090-8282-6531 FAX 089-953-2434