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令和　　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、一切異議をとなえません。
もし、他より異議などがあった場合には、責任をもって処理することを誓約します。

申　込　日	令和　　年　　月　　日	
ふ り が な		
故人様のお名前		
亡くなられた日と年齢	年　　月　　日　　歳	
ふ り が な		続柄
代表同意者の **お 名 前**		
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		
F A X 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
℡090-8282-6531　　Fax089-953-2434