

ハワイ「天国の海®」「ワイキキ」散骨プランお問合せ書

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"/> 天国の海スタンダード <input type="checkbox"/> 天国の海デラックス <input type="checkbox"/> 天国の海ダブルプライベート <input type="checkbox"/> ワイキキプライベートクルーズ <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	<small>※ハワイの日曜と米国の祝日は施行されません。 ※代理委託プランの日付指定はできません。</small>
故人様名	(漢字) (ローマ字)	申込者と故人様の関係
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ご記入下さい。

紹介者名(社名)	住所 〒
	電話番号

お問合せ書は下記FAXまたはメールで送信下さい。

企画主催：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

予約手配：  **SHOBUNSHA HAWAII CORPORATION**

【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。