

火葬証明願

平成 年 月 日

(宛先) 指定管理者

岡崎メモリアルパートナーズ株式会社

申請者 住所

氏名

⑩

死亡者との続柄

電話番号

次のとおり、火葬の事実を証明してください。

死亡者	本籍			
	住所			
	氏名		性別	
	生年月日			
	死因	一類感染症等	その他	
	死亡年月日時			
	死亡場所			
	火葬年月日時	平成 年 月 日	午前	時 分
		午後		
申請理由				
備考				