

預骨証明書

様の、故 様（ 年 月 日死亡）

の御遺骨をお預かりしていることを証明いたします。

年 月 日

預骨施設住所

預骨施設等名

預骨施設管理人住所

預骨施設管理人

連絡先

| |

印