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　　　　　　　　―　　　　―