

介護タクシー依頼用紙

Fax番号： 0428-78-3812

お申込日： 年 月 日

フリガナ お申込者様名			
フリガナ ご利用者様名	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢 歳
ご利用希望日時	年 月 日 曜日 時 分頃～ <予約の関係上ご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。>		
場所情報	[お迎え地] 住所・電話番号 (施設の場合はその名称も)		
	[目的地] 住所・電話番号 (施設の場合はその名称も)		
ご連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅 ※ 当日ご連絡可能な電話番号 <input type="checkbox"/> 携 帯		
付添い又はご同乗者	<input type="checkbox"/> あり (名) <input type="checkbox"/> なし		
ご利用の種別	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 (現地待機) ※ 待機は30分ごとに600円の料金が発生します。		
車内レンタル品	標準車椅子	<input type="checkbox"/> 必要	※ 必要な場合は✓ 複数選択は出来ません
	リクライニング式車椅子	<input type="checkbox"/> 必要	
	ストレッチャー (寝台)	<input type="checkbox"/> 必要	
メモ (連絡事項など)			