

介護タクシーご利用申込書

【お申込者様】

| | |
|-------|--|
| お申込者様 | |
| ご連絡先 | |
| ご住所 | |

【ご利用者様】

| | |
|-------|--|
| ふりがな | |
| ご利用者様 | |
| ご住所 | |
| 連絡先 | |
| 備考 | |

【ご依頼内容】

| | |
|--------|---|
| ご利用日時 | 月 日 () 時 分 |
| お迎え住所 | |
| 目的地 | |
| 目的地住所 | |
| 帰りのお迎え | 不要 ・ 要 (時 分) |
| 同乗者 | なし ・ あり _____ 名 |
| 貸出希望 | 不要 標準車椅子(無料) 要 ・ 不要 リクライニング車椅子(有料) 要 ・ 不要 ストレッチャー(有料) 要 ・ 不要 |

その他ご要望があればご記入下さい

* FAX受信後、ご確認のご連絡をさせていただきます。夜間受信の場合は翌日のご確認となる場合がございます。