

介護タクシーご利用申込書

【お申込者連絡先】

※ご家族・病院・施設等の代理申込みの方はご記入ください。

申込者		事業者様	
電話番号		FAX番号	
ご住所			

(ご家族・病院・施設・他 ())

【ご利用者様】

ふりがな		性別	
ご利用者名		男 ・ 女	
電話番号		FAX番号	
備考			

【ご依頼内容】

	行 き	帰 り
ご利用日	月 日 曜日	月 日 曜日
ご乗車時間	時 分	時 分
ご乗車場所		
乗車住所		
乗車地 TEL		
目的地		
目的地住所		
目的地 TEL		
車イス要望	<input type="checkbox"/> 標準車イス希望 (無料) <input type="checkbox"/> 病院・自己所有車イス利用 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 病院・自己所有車イス利用 <input type="checkbox"/> 不要
その他ご要望		

※FAX受信後、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あります。