

介護タクシーご利用申し込み書

| | | | | | | |
|-------|-----|-------|-------|-------|----|---|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | | 年齢 | 歳 |
| ご利用者名 | | | M・T・S | 年 月 日 | | |
| ご住所 | 〒 - | | | | | |
| 電話番号 | - - | FAX番号 | - - | | | |

ご利用希望内容【行き】

| | | | | |
|--------|-------------|--------|---------------------|-----|
| ご利用日 | 月 日 () | ご乗車時間 | AM・PM : 頃 | |
| ご乗車場所 | ご自宅・他 () | ご降車場所 | ご自宅・他 () | |
| ご乗車住所 | 〒 - | | ご降車住所 | 〒 - |
| 電話番号 | - - | 電話番号 | - - | |
| 付添同乗者様 | なし・あり () 名 | 貸出のご希望 | 不要・希望 (車いす・ストレッチャー) | |

【 帰 り 】

| | | | | |
|--------|---------------------|--------|---------------------|-----|
| ご利用日 | 月 日 () | ご乗車時間 | AM・PM : 頃 | |
| ご乗車場所 | ご自宅・行き降車場所 他 () | ご降車場所 | ご自宅・行き乗車場所 他 () | |
| ご乗車住所 | 〒 - | | ご降車住所 | 〒 - |
| 電話番号 | - - | 電話番号 | - - | |
| 付添同乗者様 | なし・あり () 名 | 貸出のご希望 | 不要・希望 (車いす・ストレッチャー) | |

備考 (ご利用者様のご容体、ご使用の車いすの形態他、ご希望、要望等ございましたらご記入ください。)

疑問、質問等ございましたら、お気軽に電話でお問い合わせください。

Tel:03-3202-2888 Fax:03-3202-2882 細田(ほそだ)まで

事業者様からの代理申し込みの場合はご記入ください。

事業者様名 _____

ご担当者様名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

備考 _____