

## 介護タクシーご利用申込書

## 【お申込者連絡先】

申込み者		事業者様	
電話番号		FAX番号	
ご住所			

\* ご家族・病院・施設などの代理申込みの方はご記入ください。

## 【ご利用者様】

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

## 【ご依頼内容】

	行 き	帰 り
ご利用日時	月 日 曜日	月 日 曜日
ご乗車場所	時 分	時 分
乗車住所		
乗車連絡先		
目的地		
目的地住所		
目的地連絡先		
付添者	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> ご利用者のみ	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> ご利用者のみ
車椅子要望	<input type="checkbox"/> 車椅子希望(無料)	<input type="checkbox"/> 車椅子希望(無料)
	<input type="checkbox"/> リクライニング希望(有料)	<input type="checkbox"/> リクライニング希望(有料)
	<input type="checkbox"/> 自己所有車椅子使用	<input type="checkbox"/> 自己所有車椅子使用
	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 不要
その他のご要望		

\*\* 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。

[福祉移送サービス けあさぼ〜と]

TEL:0185-73-2855 / FAX:050-3737-0877 / 携帯:090-3360-6258

E-mail:caresuppo@gmail.com / URL: http://www.caresuppo.com/