

介護タクシーご利用申込書

【お申込み者連絡先】

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・他（ ）

【ご利用者様】

ふりがな		性別	
ご利用者様		男 ・ 女	
ご住所			
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
ご利用時間	時 分	時 分
ご利用場所		
乗車住所		
乗車地TEL		
目的地		
目的地住所		
目的地TEL		
同乗者	<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"/> 標準車椅子(無料) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子(有料) <input type="checkbox"/> フルストレッチャー(有料) <input type="checkbox"/> 病院・自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 標準車椅子(無料) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子(有料) <input type="checkbox"/> フルストレッチャー(有料) <input type="checkbox"/> 病院・自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 不要
その他のご要望		

介護タクシー「優」

FAX/042-479-4072

<http://www.e-kaigo-taxi.info/>

〒203-0032 東京都東久留米市前沢5-27-6
ハートフルケア 株式会社 0120-437-666