

介護タクシーご利用申込書

【お申込者連絡先】

* ご家族・病院・施設などの代理申込みの方はご記入ください。

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			
ご利用者名		性別 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		
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"/> 標準車椅子希望 (有料) <input type="checkbox"/> リクラニング車椅子希望 (有料) <input type="checkbox"/> 簡易ストレッチャー希望 (有料) <input type="checkbox"/> フルストレッチャー希望 (有料) <input type="checkbox"/> アシストストレッチャー (有料) <input type="checkbox"/> 病院・自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 標準車椅子希望 (有料) <input type="checkbox"/> リクラニング車椅子希望 (有料) <input type="checkbox"/> 簡易ストレッチャー希望 (有料) <input type="checkbox"/> フルストレッチャー希望 (有料) <input type="checkbox"/> アシストストレッチャー (有料) <input type="checkbox"/> 病院・自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 不要
その他	<input type="checkbox"/> 酸素 L/分 (有料) <input type="checkbox"/> 吸引器 (有料) <input type="checkbox"/> 点滴棒 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 酸素 L/分 (有料) <input type="checkbox"/> 吸引器 (有料) <input type="checkbox"/> 点滴棒 <input type="checkbox"/> その他 ()
看護師等希望	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー	
その他の確認	●チケット利用 有・無 ●(障)割引 有・無	
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。

看護師付添い、ホームヘルパー、救命救急士の同乗有料サービス