

# 介護タクシー申込書

# 大空移送サービス行

F A X 03-3489-9789

お手数ですが、以下の項目ご記入の上F A X願います

ふりがな				付添の同乗者	
ご利用者名				名	続柄
住 所					
電話番号			携帯番号		
依頼人					
電話番号					
担当者名			ご利用者との関係		
担当者TEL					

ご利用日（往路）	月 日（ ）	ご利用日（復路）	月 日（ ）
乗車時間	:	乗車時間	:
乗車場所		乗車場所	
乗車住所		乗車住所	
乗車TEL		乗車TEL	
お迎え場所	指定先・その他	お迎え場所	指定先・その他
目的地 往路		目的地 復路	
目的地住所		目的地住所	
目的地TEL		目的地TEL	

使用機材 要 ○	車椅子 所 有	車椅子 貸出し	リクライニング 車椅子貸出し	ストレッチャー 貸出し
障害者手帳	有・無	福祉タクシー券	有・無	車椅子補助券 有・無
注意点				
備考等				

送信日時 年 月 日 時 分