

介護タクシー申込書

F A X 03-6700-7014

大空移送サービス行

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