

ケアタクシー西村 ご利用申込書

【ご利用者様】

ふりがな		年齢	性別
ご利用者様氏名		歳	男 ・ 女
お電話番号	() -	FAX番号	() -
備考	※ご利用者様の状態など		

【お申込者様】 ※ご連絡先がご本人様と異なる場合は、ご記入をお願いします。

ふりがな			
お申込者様氏名			
ご関係	ご家族様 ・ 医療機関施設関係者（名称： ） その他（ ）		
お電話番号	() -	FAX番号	() -

【ご依頼内容】

ご利用日時	月 日 曜日	午前	時	分	午後
お迎え先 (出発地)	※住所もしくは施設名をお書きください。				
行き先 (目的地)	※住所もしくは施設名をお書きください。				
送迎予約は？	片道 ・ 往復				
付き添い人数	_____人 (0~4人)				
車いす貸し出し	<input type="checkbox"/> 不要 (歩行可能) <input type="checkbox"/> 不要 (自己所有車いす使用) <input type="checkbox"/> 通常車いす (無料)				
タクシーチケットのご利用	有 ・ 無				
障がい者割引のご利用	有 ・ 無				

※FAX受信後、ご依頼内容および予約状況を確認し、翌営業日までにご連絡いたします。

FAX 072-234-4378