

介護タクシーご利用申込書

【お申込者連絡先】

*ご家族・病院・施設等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			

【ご利用者様】

ふりがな		性別	
ご利用者名		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		
付添者	<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(無料) <input type="checkbox"/> 専用車椅子希望(有料) <input type="checkbox"/> 簡易ストレッチャー希望(有料) <input type="checkbox"/> 自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 標準車椅子希望(無料) <input type="checkbox"/> 専用車椅子希望(有料) <input type="checkbox"/> 簡易ストレッチャー希望(有料) <input type="checkbox"/> 自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 不要
その他のご要望		

【むさしの介護タクシー】 電話によるお問合せは 8:30～22:00

TEL 042-394-1920 / FAX 042-332-3894 / E-mail rectoshi@jcom.home.ne.jp