

福祉・介護 タクシーご利用申込書  
(どちらかに○印をして下さい)

【お申込者連絡先】

※ご家族・ご親戚・居宅支援事業所・病院・施設・団体などの代理申し込みの場合ご記入下さい。

お申し込み者名		事業者さま名	
電話番号		FAX番号	
ご住所	〒		
備考			

【ご利用者さま】

ふりがな		性別	生年月日	年齢
ご利用者さま名		男 女		歳
ご住所	〒			
電話番号		携帯番号		
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	( 病院 号室)	( 病院 号室)
目的地名		
目的地住所		
目的地TEL		
付添の同乗者さま	<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
車椅子のご要望	<input type="checkbox"/> 車椅子希望(予約)	<input type="checkbox"/> 車椅子希望(予約)
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー兼用車椅子希望(予約)	<input type="checkbox"/> ストレッチャー兼用車椅子希望(予約)
	<input type="checkbox"/> 自己所有車椅子	<input type="checkbox"/> 自己所有車椅子
	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 不要

【ご要望】

ご乗車の際の注意事項・ご要望等ありましたらご記入下さい。

ご要望	
-----	--