

**介護タクシー予約申込書**

## 〈ご利用者様〉

フリガナ		年齢	性別
お名前		才	男・女
ご住所			

## 〈ご依頼人様〉

フリガナ		ご利用者様とのご関係	
お名前		家族	その他( )
ご住所		電話番号	

## 【ご予約申込内容】

ご利用日	年 月 日 ( )曜日
ご乗車時刻	時 分頃
ご乗車場所	1. ご利用者様ご住所 2. ご依頼人様ご住所 3. その他(住所、施設名等をご記入ください)
ご降車場所	(住所、施設名等をご記入ください)
ご同乗者様人数	( )人
機材のご希望 (いずれか○で囲む)	1. 車イス貸出 2. リクライニング式車イス貸出 3. ストレッチャー(簡易寝台)貸出 4. 不要
往復/片道 (いずれか○で囲む)	1. 往復のご利用(帰路のご乗車時間: 時 分頃) 2. 片道のご利用
その他 (到着時刻等、ご要望がございましたらご記入ください。)	

ご質問等ございましたら下記までお電話でお問合わせください。

TEL:03-6809-4408 携帯電話:080-4474-6688