

FAX: 0798 - 40 - 9835

つだ 介護タクシー ご利用申込書

申込日：2007年 月 日

【お申し込み者のご連絡先】

* 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場合のみご記入ください。

お申し込み者名		事業者さま名	
電話番号		FAX 番号	
備考欄			

【ご利用者さま】* 実際にご利用なさる方の情報をご記入下さい。

ふりがな		性別	年齢
ご利用者名		男・女	歳
ご住所	〒 -		
電話・携帯番号			

【ご依頼内容】

行き(往路)		帰り(復路)	
ご利用日	2007年 月 日()	ご利用日	2007年 月 日()
ご乗車時間	時 分	ご乗車時間	時 分
ご乗車場所		ご乗車場所	
目的地住所		目的地住所	
ご乗車電話番号		ご乗車電話番号	
目的地到着時間	時 分	目的地到着時間	時 分
目的地名		目的地名	
目的地住所		目的地住所	
目的地電話番号		目的地電話番号	
お付き添いの方	なし・あり(名様)	お付き添いの方	なし・あり(名様)
車椅子ご希望	自己所有の車椅子	車椅子ご希望	自己所有の車椅子
	不要(助手席希望)		不要(助手席希望)
	標準車椅子(無料)		標準車椅子(無料)
	リクライニング車椅子(¥2,000)		リクライニング車椅子(¥2,000)
	ストレッチャー(¥3,000)		ストレッチャー(¥3,000)
割引利用	<input type="checkbox"/> タクシー券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳		
閲覧媒体	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> タクシーを見て <input type="checkbox"/> 紹介・病院など <input type="checkbox"/> 知人より		

注意点・備考	
--------	--