

介護タクシー依頼用紙

受付日	年 月 日				
フリガナ お申込者様名					
フリガナ ご利用者様名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	歳
ご連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話				
ご利用希望日時	年 月 日 曜日 時 分				
場 所	[お迎え場所] 住所・TEL <small>(病院や施設の場合は名称も)</small>	【お迎え】 玄関 お部屋 その他()			
	[目的地] 住所・TEL <small>(病院や施設の場合は名称も)</small>				
付添い・同乗者様	<input type="checkbox"/> あり (名) <input type="checkbox"/> なし				
お帰りの迎え	<input type="checkbox"/> 必要 (お迎えの時間:) <input type="checkbox"/> 不要				
車内 レンタル品	標準車椅子	無料	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	
	リクライニング式車椅子	無料	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	
	ストレッチャー(寝台)	無料	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	
備 考 <small>(ご要望や注意点など)</small>					