

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> | | | | | |