

〈介護タクシーご利用申込書〉

■お申込者ご連絡先

※ご家族・病院・施設等の代理申し込みの方はご記入ください。

お申込者名		事業者様名	
お電話番号		FAX番号	
ご住所	〒		

■ご利用者様

ふりがな		性別	年齢
ご利用者名		男性 ・ 女性	歳
ご住所	〒		
お電話番号		FAX番号	
障害者手帳の有無	有 ・ 無	緊急連絡先	

■ご依頼内容

	行 き	帰 り
ご利用日	年 月 日 曜日	年 月 日 曜日
ご乗車時間	時 分	時 分
ご乗車場所		
ご乗車住所		
目的地		
目的地住所		
目的地TEL		
お付添いの方	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> ご利用者のみ	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> ご利用者のみ
車椅子のご要望	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 標準型車椅子希望（無料）	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 標準型車椅子希望（無料）

■ご要望・注意事項等がありましたらご記入ください

※ FAX受信後、予約状況を確認し担当者からご連絡を入れさせていただきます。

※ 夜間のFAXへのご連絡は、翌日になる場合があります。

※ ご不明な点はつくばケアタクシーTEL029-869-4012、又は携帯090-8687-1480までお願い致します。