

FAX番号

072-775-3615



予約・問合せ 090-6603-6180

介護タクシー予約依頼表

利用日時	月 日 () 午前 午後 時 分
ふりがな	
依頼者氏名	
連絡電話番号	
ふりがな	
利用者氏名	
お迎え先住所	
行先住所又は場所	
帰りのお迎え	必要 不要
付き添いの同乗者	あり (名) なし
ヘルパー同行(有料)	必要 不要
車いす等の希望	自己所有の車いす 有 無
	車いす(無料) 必要 不要
	リクライニング車いす(有料) 必要 不要
	ストレッチャー(有料) 必要 不要
障がい者手帳	有 無
備考	