

# 介護タクシーご予約申込書

申込日 H 年 月 日

- ※ この用紙でのご予約は前日の15:00（午後3時）までをお願いします。  
当日のご予約は電話でお願い致します(048-596-1975)  
又、土・日 祝日にお受けしたFAXの返答は休日明けとなります。
- ※ 予約確認の電話を折り返し致しますので、  
連絡可能な電話番号を記入をお願いします。

## 【お申込者連絡先】

\*ご家族・病院・施設・介護支援専門員などの代理申し込みの方はご記入下さい。

申込者		事業者様	
電話番号	— —	FAX番号	— —
ご住所			

## 【ご利用者様】

ふりがな		性別 男・女	年齢
ご利用者名			才
ご住所			
電話番号	— —	緊急連絡先	— —
特記			

## 【ご依頼内容】 ※片道 ・ 往復

ご利用日	年 月 日 曜日
ご乗車時間	午前 ・ 午後 時 分 (現地)
ご乗車場所	自宅 ・ 自宅以外 ( )
目的地	
付き添い者	1人 ・ 2人 ・ 無
車椅子	自己所有車椅子 有 ・ 無 (無料レンタル利用)

※記入して頂いた情報はお客様の断りなく第三者に個人情報を開示・提供することはいたしません。