

外出サポート・グリーンタクシー宛

FAX 054-270-5969

介護タクシーご利用申込書

【お申込者連絡先】 代理申込の場合にご記入ください。(病院・施設等)

お申込者		事業所様	
電話番号		FAX 番号	
緊急連絡先			

【ご利用者様】

ふりがな			
ご利用者様名		男・女	歳
ご住所			
電話番号		FAX 番号	
緊急連絡先			

【ご依頼内容】

	行 き (往路)	帰 り (復路)
ご利用日	月 日 ()	月 日 ()
ご乗車時間	午前・午後 時 分	午前・午後 時 分
ご乗車場所		
目的地		
目的地住所		
目的地TEL		
同乗者人数	<input type="checkbox"/> ご利用者様のみ (お付添の方) <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名	
車椅子の要望	<input type="checkbox"/> 不要 (自己所有車椅子等)	<input type="checkbox"/> 不要 (自己所有車椅子)
	<input type="checkbox"/> 標準車椅子希望 (無料)	<input type="checkbox"/> 標準車椅子希望 (無料)
	<input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 (有料)	<input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 (有料)
ご利用者様の状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

【その他】乗車の際の注意事項・ご要望

--

FAX 受信後予約状況を確認し、こちらからご連絡をさせていただきます。