

こぶしケアサービス宛て FAX 050-3737-6813

福祉タクシー ご利用申込書

1. お申込者連絡先

ご家族・病院・施設などの代理申込もの方はご記入ください。

申込者		事業者さま	
ご住所			
電話番号		FAX番号	
携帯電話		ご家族・病院・施設・その他（	）

2. ご利用者さま

ふりがな		男・女	
ご利用者名			
ご住所			
電話番号		FAX番号	
携帯電話		障がい者手帳等	有・無

3. ご依頼内容

	往 路	復 路
ご利用日	月 日 曜日	月 日 曜日
ご乗車時間	時 分	時 分
ご乗車場所		
乗車住所		
目的地		
目的地住所		
付添い	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> ご利用者のみ	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> ご利用者のみ
ご利用器材など	<input type="checkbox"/> 標準車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> 自己所有・病院車いすを使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 標準車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> 自己所有・病院車いすを使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
その他ご要望がありましたらご記入下さい。		

FAX受信後、確認のご連絡をさせていただきます。

夜間受信の場合は、緊急時を除き翌日の確認とさせていただきます。

ご不明な点は、**080-2783-1378**までお願い致します。