

福祉タクシーせせらぎ 予約表

FAX: (0742)43-2276

ご記入の上、FAXまたはメール送信をお願いします。

ご記入できる範囲で結構です。

■ 申込者様連絡先

申込者様	
事業者様名	
電話番号	
携帯番号	
ご住所	〒

■ ご利用者様

フリガナ		性別	年齢
ご利用者様名		男・女	歳
ご住所	〒		
電話番号			

■ ご依頼の内容

	行き		帰り	
ご利用予定日	月 日 ()		月 日 ()	
ご乗車時刻	時 分		時 分	
ご乗車場所名	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> その他()		
ご降車時刻	時 分		時 分	
ご降車場所名	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> その他()		
付添人数	人		人	
ご利用者様とのご関係				
弊社備品使用の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 標準車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <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"/> ストレッチャー	

■ ご利用の際の注意事項・ご要望

--