

ケアキャブ まいど 宛

FAX 042-393-1352

介護タクシーご利用申込書

【お申込者連絡先】

* ご家族・病院・施設等の代理申込みの方はご記入ください。

申込み者	様	事業者様	
電話番号		FAX番号	
ご住所			

(ご家族・病院・施設・他)

【ご利用者様】

フリガナ		性別	
ご利用者名	様	男	女
ご住所			
電話番号		FAX番号	
備考			

【ご依頼内容】

/	行 き	帰 り
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		
乗車地TEL		
目的地		
目的地住所		
目的地TEL		
同乗者	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> ご利用者のみ <input type="checkbox"/> 追従	<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> ご利用者のみ <input type="checkbox"/> 追従
車椅子要望	<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希望(有料) <input type="checkbox"/> 簡易ストレッチャー希望(有料) <input type="checkbox"/> フルストレッチャー希望(有料) <input type="checkbox"/> 病院・自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 階段昇降機利用 <input type="checkbox"/> 不要	<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希望(有料) <input type="checkbox"/> 簡易ストレッチャー希望(有料) <input type="checkbox"/> フルストレッチャー希望(有料) <input type="checkbox"/> 病院・自己所有車椅子利用 <input type="checkbox"/> 階段昇降機利用 <input type="checkbox"/> 不要
その他	<input type="checkbox"/> 点滴棒 <input type="checkbox"/> 酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> ミトン 要 . 不要 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 点滴棒 <input type="checkbox"/> 酸素 (L/min) <input type="checkbox"/> ミトン 要 . 不要 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他のご要望		