

FAX:048-261-9044

# 介護タクシー依頼書

(太枠内をご記入下さい。)

利用日時	月 日 ( ) 午前・午後 時 分	
フリガナ		
依頼者氏名	様	
依頼者連絡先電話番号 <small>配車後ご連絡させていただきます。</small>	自宅 ( )	携帯 ( )
フリガナ		
利用者氏名	様	
お迎え先住所 (乗車場所)		
行き先住所 (目的地)		
帰りのお迎え	要 ・ 不 要	
備 考		

付添の同乗者	なし ・ あり ( ) 名	
レンタル車イス等の希望	自己所有の車イス	あり (普通型・リクライニング等) ・ なし
	車イス	要 ・ 不 要
	リクライニング車イス	要 ・ 不 要
	ストレッチャー	要 ・ 不 要
タクシーチケットのご利用	なし ・ あり	
障害者手帳	なし ・ あり	

受付日	月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( )
配車状況	業者名 : No.
依頼日	月 日 ( ) 午前・午後 時 分
配車結果	無事終了・キャンセル・他
備 考	