

福祉タクシーえくぼ宛

FAX 0538-42-8597

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

【ご依頼内容】

	①行き(往路)	②帰り(帰路)
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 (お付添いの方) <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名	
車いすの要望	<input type="checkbox"/> 不要 (自己所有車いす等)	<input type="checkbox"/> 不要 (自己所有車いす等)
	<input type="checkbox"/> 標準型車いす希望 (無料)	<input type="checkbox"/> 標準型車いす希望 (無料)
	<input type="checkbox"/> リクライニング車いす希望 (有料)	<input type="checkbox"/> リクライニング車いす希望 (有料)
その他要望	<input type="checkbox"/> ストレッチャー希望 (有料)	<input type="checkbox"/> ストレッチャー希望 (有料)
	<input type="checkbox"/> スロープ希望 (無料)	<input type="checkbox"/> スロープ希望 (無料)
	<input type="checkbox"/> 点滴棒希望 (無料)	<input type="checkbox"/> 点滴棒希望 (無料)

【その他】乗車の際の注意事項・ご要望