

FAX 申込書

1.お申込者ご連絡先

※ご家族・病院・施設の代理申し込みの方はご記入下さい。

お申込者		事業者名	
お電話番号		FAX番号	
ご住所			

2.ご利用者名

ふりがな		性別		年齢	
ご利用者名		男性 ・ 女性			
ご住所					
お電話番号		障害者手帳		有 ・ 無	
緊急連絡先		緊急先のお名前			

3.ご依頼内容

	行き	帰り
ご利用日	年 月 日 ()	年 月 日 ()
ご乗車時間	時 分	時 分
ご乗車場所		
ご乗車住所		
目的地		
目的地住所		
お付添いの方	<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
車椅子等のご要望	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 自己所有車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 簡易ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 自己所有車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 簡易ストレッチャー

※ご要望・注意事項がございましたら、ご記入願います。

また、ケアドライバー1名だけで介助できない階段等の障害物がございましたら、記入願います。

※FAX受信後、予約状況を確認し担当者からご連絡をいれさせていただきます。

※営業時間外のFAXは、翌日になる場合がございます。