

# ケアタクシー(お出かけ総合サービス) 予約依頼書(FAX用)

FAX番号 03-5879-6289

■ご利用者様名	様 歳 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
■ご利用予定日	年 月 日 ( )		
■配車時間	時 分		
■ご予約記入者様	お名前: _____ 様 <input type="checkbox"/> ご利用者様本人 <input type="checkbox"/> ご家族( ) <input type="checkbox"/> その他( ) 電話番号: _____ 携帯番号: _____ ※受付確認等のご連絡を差し上げますので、連絡の取れる電話番号をご記入ください		
■出発地	<input type="checkbox"/> 東京都 <input type="checkbox"/> 住所: _____ 区 _____ 丁目 番 号 建物名、お部屋番号: _____ 電話番号: _____ - _____ エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
■目的地	<input type="checkbox"/> 東京都 <input type="checkbox"/> 住所: _____ 区 _____ 丁目 番 号 <input type="checkbox"/> ご自宅 施設名: _____ 到着希望時間 : _____ 時間: _____ エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
その他、目的地・経由 予定などございましたら ご記入ください			
■どちらかに○	往復 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/>	ご利用目的 (該当するものに○)	通院・通所・買い物・レジャー・相談手続 等・行事参加・ショートステイ その他( )
■同乗・介添者様	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	人数: _____	名
■緊急連絡先	お名前: _____ 電話番号: _____		
■乗車時車いす	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 弊社車いすご利用 <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> その他		
■ご希望の連絡方法	* 弊社よりご連絡を差し上げます。その連絡をもって予約確定とさせていただきます <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール 番号: _____ アドレス: _____		
その他(お身体の状況・要望事項・ご質問・注意点 など)ご記入ください	■ご記入日 _____ / _____ / _____		