

# 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

ご依頼日	年 月 日 ( )		
ご利用者様名	様 歳 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
身体状況	手帳 級 その他( )	介護 度 その他( )	
ご予約記入者様	お名前: _____ 様 電話番号: _____ 携帯番号: _____ ※受付確認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		
ご利用日	年 月 日 ( )		
配車時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分		
出発地	東京都 住所: _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 建物名、お部屋番号: _____ 電話番号: <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯番号		
目的地①	住所: _____ 施設名: _____ 電話番号: _____		
目的地②	住所: _____ 施設名: _____ 電話番号: _____		
目的地③	住所: _____ 施設名: _____ 電話番号: _____		
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( )
付添者様	<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: _____		
備考欄	※ご希望や注意点などございましたら、ご記入ください		