

コピーをしてご利用下さい。

FAX番号 0120-094-494

受付時間 / 9:00 ~ 17:00

全国介護タクシー協会

介護タクシー依頼表

(太枠内をご記入下さい。)

| | | | | | | |
|--------|----|------|----|-----|---|---|
| 利用日時 | 月 | 日() | 午前 | ・午後 | 時 | 分 |
| ふりがな | | | | | | |
| ご利用者氏名 | | | | | | |
| 連絡先 | 携帯 | — | | — | | |
| | 電話 | — | | — | | |

※こちら以降は、ご記入不要です。(協会側記入欄)

| | | | | | | |
|--------------|---------|---|---|--------|----|--|
| お迎え先住所 | | | | | | |
| 行き先住所 | | | | | | |
| 帰りのお迎え | 要 | | ・ | 不要 | | |
| 備考 | | | | | | |
| 同乗者 | なし | | ・ | あり()名 | | |
| 貸出希望 | 車椅子 | 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 | 有 | | ・ | 無 | | |
| 障害者手帳 | 有 | | ・ | 無 | | |

| | | | | | | |
|------|-------|-------|-----|-----|---|---|
| 配車状況 | 無線No. | 会員No. | 業者名 | | | |
| 依頼日 | 月 | 日() | 午前 | ・午後 | 時 | 分 |
| 配車結果 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |