

TEL受付者

介護タクシー予約申込書

みよし家介護サービス行

FAX番号 0266-58-7201

TEL番号 0266-78-7207

ご依頼日 R2 年 3 月 2 日 (月)

ご依頼者様 申込者のお名前、所属施設をご記入ください

ご依頼者様 連絡先 0266-〇〇-〇〇〇〇

配車希望日	R2 年 3 月 19 日 (木)
配車時間	AM 10 時 30 分 PM
ご乗客	乗車 太郎 様 有 無 同伴者
ご連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (ご家族ご本人など、当日連絡のつく電話番号)
お迎え先住所	(ご住所、施設名、病棟名等をご記入ください)
お送り先住所	(ご住所、施設名、病棟名等をご記入ください)
その他 連絡事項	<input checked="" type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 歩行 可・否 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> ご本人車イス 有・無 <input type="checkbox"/> 寄り道 チルトの場合はチルトと記入してください。

車イス(片道 通常300円、チルト600円)クッション(片道100円)スロープ(無料)ストレッチャー(片道2,500円)

乗車料金(ドライバー記入)

備考