

FAX予約受付用紙

まつもとケアタクシー

申込日 月 日

TEL番号 045-777-6102

※返信FAXの確認印をもって予約が完了します。

FAX番号 045-777-6099

ご利用者様	フリガナ			サマ	性別
	お名前	姓	名	様	男性・女性
ご利用希望日	午前・午後	月	日	曜日	※ 受付番号
出発地 ご住所 お部屋の場合は、 お部屋番号					
目的地					
目的地ご住所					
目的地の状況	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 階段や段差の介助が必要 <input type="checkbox"/> 階段や段差の介助が不要 <input type="checkbox"/> エレベーター有 <input type="checkbox"/> 階段有(約 段 or 階)				
同乗者人数	名	利用目的			
レンタルしない場合記載	<input type="checkbox"/> 独歩(介助必要) <input type="checkbox"/> 標準型車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> その他()				
弊社 サービスのご利用品 (酸素や吸引については、 お問合せください ご用意がございます)	<input type="radio"/> 記入	項 目			
		不 要			
		車 椅子			
		リクライニング車いす			
		ストレッチャー			
		スタッフの増員(階段対応の為)			
		院内付き添い			
	看護師添乗				
障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
福祉タクシー券のご利用	<input type="checkbox"/> 有 (市) ・ <input type="checkbox"/> 無				
その他 ご希望・注意点・点滴や酸素など					
ご連絡 の ご担当者様 (又はご本人、ご家族様)	部署		お名前	様	
	TEL	-	-	お見積り 必要・不要	
	FAX	-	-	※概算料金 円	
※ こちらの用紙はキャンセル時に必要となります。 当日までは、保管をお願いいたします。					
弊社記入欄 ※	ご予約ありがとうございます。予約を承りました。				※ 弊社確認印
※ キャンセル時 お手数ですが下記にご記入お願いします。 ※返信FAXをもってキャンセルが完了となります。					
キャンセル の ご担当者様 (又はご本人、ご家族様)	理由				
	部署				キャンセルを承りました。
	お名前	様			※