

FAX送信先TEL:03-6789-5070

介護タクシー ランド 宛

## ご 利 用 申 込 書

お申込日	年 月 日
------	-------

ふりがな			性別	年齢
利用者名	様		男・女	歳
住所(自宅)	〒			
電話番号		携帯電話		
ふりがな		利用者様 との関係		
申込者名	様			
住 所	〒			
携帯電話 電話番号		FAX番号		

行き(往路)		帰り(復路) ※行きのみご利用の場合は記入不要	
利用日	月 日(曜日)	利用日	月 日(曜日)
乗車時間	時 分 午前・午後	乗車時間	時 分 午前・午後
乗車場所		乗車場所	
乗車住所		乗車住所	
乗車TEL		乗車TEL	
目的地名称		目的地名称	
目的地住所		目的地住所	
目的地TEL		目的地TEL	
付添の同乗者	あり(名) · なし	付添の同乗者	あり(名) · なし

車イスの方は下記のいずれかに○をしてください。

1. ご自分の車いす	2. 車いす貸出(乗車時無料)	3. 簡易ストレッチャー(2,000円)
4. ストレッチャー(4,000)		

ご乗車に際して、健康状態や注意点などがありましたらご記入をお願いします。

--