

ご利用申込書

お申込者様	
事業所	
電話	— —

フリガナ		性別	年齢
ご利用者様	様	男・女	歳
住所	市 町 村		
電話	— —		

ご利用日時	月 日 時 分
出発地	
目的地	

お帰りのご利用	要 ・ 不要	予定 時 分
オプション	<input type="checkbox"/> 付き添い・待機 (1,620円/30分)	
同乗者様人数		

貸出器具	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> スタンダード車椅子(200円)
	<input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式(1,500円)	<input type="checkbox"/> ストレッチャー(3,000円)
	<input type="checkbox"/> スクープストレッチャー(1,000円)	<input type="checkbox"/> 2m伸縮スロープ(500円)
割引	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 障がい者福祉タクシー券	

《連絡事項等ございましたらご記入お願いいたします。》

FAX受信確認後、ご連絡をさせていただきます。

FAX番号

029-307-8006

電話番号

070-4006-3939

担当 渡邊

弊社使用欄 受付日時 月 日 時 分 備考