

※ご利用の前に“FAX 送信”の旨をお電話でお伝えください。(090-3510-1147)

福祉タクシー依頼書

FAX
番号

記入
日時

利用者				
氏名	様	年齢	歳	男・女
住所				
電話番号	本人	(ご家族)		
迎え日時	月	日	曜日	午前・午後 時 分頃・厳
迎え先住所				
送り先				
ご家族				
氏名	様	電話	続柄	
住所				

ご希望のサービス・レンタル		※ご希望のサービスに☑を入れてください。	
<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 迎車	<input type="checkbox"/> スロープ	
<input type="checkbox"/> リクライニング車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		
<input type="checkbox"/> 待機	<input type="checkbox"/> 帰りお迎え	時	分頃 TEL
付き添い同乗者(有・無) 妻・夫・息子・娘		後続車(有・無)	
酸素	L	点滴	L ※家族同乗時のみ対応



介護・福祉タクシー
べにばな いばらき

FAX:

0299-82-1528