

介護タクシーいこい FAXご予約表 011-592-7150

利用日時	年 月 日 時 分	
ふりがな		
依頼者氏名		
電話番号 (依頼者連絡先)		
ふりがな		
ご利用者氏名		
お迎え先住所		
行き先名称・住所		
お帰りのお迎え	要 ・ 不要	
同乗者	有 () 名 ・ 無	
玄関内・階段介助	有 () 階 ・ 無	
車椅子のご要望	自己所有の車椅子	有 ・ 無
	車椅子レンタル	要 ・ 不要
障がい者手帳	有 ・ 無	
福祉チケット のご利用	有 ・ 無	
備考		

