

介護タクシー虹 予約依頼書

<ご依頼者>

事業所名		ご担当	
電話		FAX	

<予約内容>

ご利用者			
氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	電話 <input type="text"/>
住所	<input type="text"/>		
適用	<input type="checkbox"/> 通院乗降介助	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他
車いす	<input type="checkbox"/> 使用していない	<input type="checkbox"/> 自分の車いすを使用	<input type="checkbox"/> 貸出希望 <input type="checkbox"/> 病院備付を使用
歩行介助	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> その他
注意・要望事項	<input type="text"/>		

* 予約状況等で送迎時間が変動する場合の調整は、当方から利用者様へ連絡いたします。

日 時	送迎時間	行き先	メモ
/ ()	往き	時 分	
	帰り	時 分	
/ ()	往き	時 分	
	帰り	時 分	
/ ()	往き	時 分	
	帰り	時 分	
/ ()	往き	時 分	
	帰り	時 分	
/ ()	往き	時 分	
	帰り	時 分	

上記、介護タクシーの予約依頼
承りました。

受付番号 _____

責任者
<input type="text"/>

三多摩医療生活協同組 介護タクシー 虹
 国分寺市本町4-12-14 担当 富岡尚志
 介護タクシー虹 FAX042-322-2555
 ヘルパーステーション FAX042-325-7589