

ご利用申し込み書

受付日 平成 年 月 日

【申込者様】

<small>フリガナ</small> 氏名/事業者名		TEL/FAX番号	
住所			

【ご利用者様】

<small>フリガナ</small> 氏名		TEL/FAX番号	
住所			

【ご依頼内容】

ご利用日時	
迎車先 TEL/住所	
目的地 TEL/住所	
同乗者/ご家族様	ご利用者様のみ ・ 1名 ・ 2名 ・ その他()
機器レンタル その他	標準型車椅子 ・ リクライニング車椅子 ストレッチャー ・ 酸素 ・ 付き添い その他()
備考	

介護タクシー虹巴〜いろは〜
TEL. 042-511-6628 / 080-5869-3533
FAX. 042-555-8203