

F A X 予約表

利用者様	ふりがな			男	女	
	お名前			歳		
	住 所					
	電話番号			FAX番号		
申込者様	ふりがな					
	お名前					
	住 所					
	電話番号			FAX番号		
場 所	出発地 (お迎え先)	住 所				
		施設・病院名等				
	目的地	住 所				
		施設・病院名等				
お迎え月日・時間		月 日() 午前・午後 時 分				
帰りのお迎え(✓して下さい)		<input type="checkbox"/> 必要(時 分頃) ・ <input type="checkbox"/> 不要				
付添い・同乗者様(✓して下さい)		<input type="checkbox"/> 有(名) ・ <input type="checkbox"/> 無し				
使用器具	持込み	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()				
	借用	<input type="checkbox"/> 車椅子 座面標準タイプ <input type="checkbox"/> 車椅子 座面幅広タイプ <input type="checkbox"/> 車椅子 リクライニング(有料) <input type="checkbox"/> ストレッチャー(有料) <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 布担架 <input type="checkbox"/> その他()				
<p>その他、発着地がご自宅の場合、状況等、その他補足・ご希望等をご記入下さい。</p>						

FAX番号 050-5802-4061