

ご利用申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな 申込者氏名		-----		利用者との間柄	
連絡先：携帯または電話					
ふりがな ご利用者名		-----		性別 () 年齢 ()	
ご利用日時		令和 年 月 日 (曜日)		<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	
【往路】			【復路】		
出発希望時間		時 分		出発希望時間	
				時 分	
到着希望時間		時 分		到着希望時間	
				時 分	
出発地	施設名	<input type="checkbox"/> 往路の目的地と同じ ※往路の目的地と異なる場合は 自宅・施設～電話を記載してください			
	住所				
	電話				
目的地	施設名	<input type="checkbox"/> 往路の出発地と同じ ※往路の出発地と異なる場合は 自宅・施設～電話を記載してください			
	住所				
	電話				
同乗人員 (最大8名まで)	ご家族 名	ヘルパー 名	看護師 名	施設職員 名	その他 名
障害者手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	福祉タクシー券 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		その他割引 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 車椅子希望 (無料)		<input type="checkbox"/> リクライニング車椅子希望 (有料)			
<input type="checkbox"/> 玄関・階段介助あり【 】階 (有料)		<input type="checkbox"/> ストレッチャー希望 (有料)			
<input type="checkbox"/> 院内介助希望 (有料)		<input type="checkbox"/> 利用者 (病院) 所有の車椅子使用 (無料)			
<input type="checkbox"/> その他 ()					
特記事項					

※帰宅時間が明確でなく (通院など..) 帰宅直前に連絡を頂いた場合は、暫くお待ち頂く事もあります。



携帯 (通常連絡) **090-4135-3371**

〒193-0845 八王子市初沢町 1227-4 高尾パークハイツ A1114

Tel/Fax 042-661-8001

Mail : tsuzaki.caretaxi@gmail.com

URL : http://www.caretaxi-tsuzaki.com

国土交通省関東運輸局認可関自旅二第 743 号

東京消防庁認定患者等搬送事業者 (民間救急事業者)

東日本介護タクシー協同組合加盟

介護職員初任者研修修了

患者等搬送乗務員適任者