

ケア・ドライブ

介護タクシー依頼表

利用日時	月 日 () 午前・午後 時 分
ふりがな	
依頼者氏名	
依頼者連絡先電話番号	
ふりがな	
利用者氏名	
お迎え先住所	
階段	1階 2階以上(階) エレベーター 有・無
行き先住所	
階段	1階 2階以上(階) エレベーター 有・無
帰りのお迎え	要・不要 お迎え予定時間 時 分頃
備考	

添乗の同乗者	あり・なし (名)
車椅子等のご希望	自己所有の車椅子 有・無
	車椅子レンタル 要・不要
	リクライニング車椅子レンタル 要・不要
	ストレッチャーレンタル 要・不要
タクシーチケットのご利用	有・無
障がい者手帳の有無	有・無
介護保険 希望	有・無

《連絡事項等》

FAX番号 048-284-2118

※FAXを頂きましたら必ず確認のお電話をいたします。確認の電話がない場合、お電話ください。

連絡先 090-6744-4580 ケア・ドライブ 横山