

エノン介護タクシー FAX 予約表

(FAX) 0184-74-7475

ご依頼者	事業所様名		ご担当者様 お名前	
			様	
連絡先	TEL		FAX	

ご利用者	お名前		ご自宅住所	
	様			
連絡先	自宅・携帯		番号	
ご利用日	出発時間		お迎え場所	
			自宅 その他	
サービス内容			行先	
乗降・身体・保険外			自宅 その他	

該当事項に ○ または レ点 をお願いします。

往復・行のみ・帰りのみ		器具貸出(無料)・不要	
歩行可能・車イス・リクライニング・ストレッチャー			
その他	障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	福祉タクシーチケット等のご利用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	付添同乗者	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

目的	病院を受診・入院・退院・その他・担当者会議		
連絡事項	受診科目	入退院病棟	

回 答 欄		
対応	可・不可	担当者
		回答日
通信欄		