

06-6326-9595までFAXください

## 介護タクシーご利用申込書

### 【お申込者連絡先】

\*ご家族・病院・施設等の代理申込みの方はご記入ください。

|      |  |       |
|------|--|-------|
| 申込み者 |  | 事業者様  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |
| ご住所  |  |       |

### 【ご利用者様】

|       |  |       |     |
|-------|--|-------|-----|
| ふりがな  |  | 性別    | 男・女 |
| ご利用者名 |  |       |     |
| ご住所   |  |       |     |
| 電話番号  |  | FAX番号 |     |
| 備考    |  |       |     |

### 【ご依頼内容】

|           | 行き       |          | 帰り       |   |
|-----------|----------|----------|----------|---|
| ご利用日      | 月        | 日        | 曜        | 日 |
| ご利用日      |          |          | 曜        | 日 |
| ご乗車時間     | 時        | 分        | 時        | 分 |
| ご乗車場所     |          |          |          |   |
| 乗車住所      |          |          |          |   |
| 乗車地TEL    |          |          |          |   |
| 目的地       |          |          |          |   |
| 目的地住所     |          |          |          |   |
| 目的地TEL    |          |          |          |   |
| 付添者       | なし・あり(人) | なし・あり(人) | なし・あり(人) |   |
| 車椅子要望     | なし・あり    |          | なし・あり    |   |
| 福祉タクシー利用券 | なし・あり    |          | なし・あり    |   |
| 障害者手帳     | なし・あり    |          | なし・あり    |   |
| その他のご要望   |          |          |          |   |

### 【訪問美容】

|     |       |
|-----|-------|
| カット | 希望・不要 |
|-----|-------|

【サザンライフサポート】 電話によるお問い合わせは AM7:00~PM8:00 (月~土)

TEL / FAX: 06-6326-9595 携帯: 090-1155-9595

E-MAIL: info@sazann.jp