



介護タクシー ばらの花束 予約受付表

問い合わせ・ご予約は 携帯番号：090-4609-0915
E-Mail：ytur9168@gmail.com まで

下記、太線内の項目をご記入願います。

受付日 年 月 日 ()

| | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| ご利用 希望日時 | 年 月 日 (曜日) | 午前 ○を付ける 午後 | 時 分 |
| ふりがな | | 性別 | 年齢 |
| ご利用者様 お名前 | | 男 ○を付ける 女 | 歳 |
| 目的地 場所 | お迎え場所 名称・住所 等 | | |
| | 目的地 名称・住所 等 | | |
| ご利用 目的・内容 | 通院・買い物・旅行・墓参等 | | |
| 付添い 同乗者 | <input type="checkbox"/> 有り (名) | | <input type="checkbox"/> なし |
| ふりがな 代表者様の お名前 | | 電話番号 — — | |
| 住所 | | | |
| 往路・往復 の利用希望 | <input type="checkbox"/> 往路のみ利用 | | <input type="checkbox"/> 往復の利用 |
| お迎え場所 の状況 | <input type="checkbox"/> の中に✓をお願いします。 | | |
| お送りする 場所の状況 | | | |
| ご利用者様の 状況 (ADL) 等 | | | |

※車椅子・リクライニング車椅子等のレンタルもご相談ください。