

セントラル介護タクシーFAX予約表 (FAX) 011-303-6888

ご利用日時	平成 年 月 日 ()		午前・午後		時	分
お申込者様名 <small>ふりがな</small>						
ご連絡先	携帯		自宅電話		FAX	
場 所	お迎え場所住所(施設・病院名)					
	目的地住所(施設・病院名)					
ご自宅状況	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート1階 <input type="checkbox"/> アパート2階 <input type="checkbox"/> アパート3階以上 <input type="checkbox"/> 施設					
エレベーター・階段の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エレベーター有り <input type="checkbox"/> 階段有り (約 段)					
帰りの送迎	<input type="checkbox"/> 必要 (月 日 午前・午後 時 分頃)					<input type="checkbox"/> 不要
ご利用者様名 <small>ふりがな</small>		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢		歳
付添い・同乗者様	<input type="checkbox"/> あり (名) <input type="checkbox"/> なし					
車内レンタル品のご希望	車いす	無料	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
	リクライニング車いす	500円	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
	ストレッチャー(寝台)	1000円	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
利用医療資材	<input type="checkbox"/> 酸素(流量 ㊦) 有料 <input type="checkbox"/> 医療用電源 <input type="checkbox"/> 吸引機(1000円) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()					
2名対応 (ドライバー+1名補助)	<input type="checkbox"/> 必要 (2000円~) <input type="checkbox"/> 不要					
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					
障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
備 考 (ご要望・注意事項など)						

※ストレッチャー利用時は、基本的に2名対応となりますのでご了承ください。

セントラル介護タクシー

ご予約・お問い合わせ TEL011-303-8600 fax011-303-6888