

【車イスタクシー】、【寝台タクシー】 B寝台(リクライニング式)・A寝台(車載用ストレッチャー)対応

はくちょうタクシー 車両依頼書

【ご利用者】

申込日： 年 月 日

| | | | | |
|-----------------|---|-------|------------|------------|
| ふりがな | | | 年齢 | 性別 |
| ご利用者名 (患者様名) | | | | 男・女 |
| 住所 | | | 身障者手帳・愛の手帳 | |
| | | | 有 ・ 無 | |
| 電話番号 | | F A X | | |
| 携帯電話番号 | | 緊急連絡先 | | |
| 介助の有無 | ■介助は必要ですか？ 不要・必要（必要な場合、別途“介助料金”が発生します） | | | |

【ご依頼内容】

| | | | | |
|------------|-----------------|------------|---|---|
| ご利用日時 | 年 月 日 () 午前・午後 | | 時 | 分 |
| お迎え先 | 病院 (階 号室) | | | |
| お迎え先住所 | | | | |
| お迎え先電話番号 | | | | |
| 目的地 | | | | |
| 目的地住所 | | | | |
| 目的地電話番号 | | | | |
| 付添いの同乗者 | 有 ・ 無 続柄 () | ご利用乗車人員 名様 | | |
| 車イス | 不要(持込)・必要(当車用意) | 寝台 | リクライニング式簡易ベッド 車載用ストレッチャー ・B寝台(2,000円) ・A寝台(3,000円) | |

【お申し込み者】 ※ご家族・病院・施設等代理の方は、ご記入ください

| | | | |
|---------------|--|-------------------|--|
| お申込者 (担当者) | | 事業者様名 (施設・病院名) | |
| 電話番号 | | F A X | |
| 住所 | | | |
| 備考 | | | |

はくちょうタクシー FAX送信先 → 03-6715-9515