

介護福祉タクシー 健(すこやか) 予約依頼書(FAX送信用)
 FAX専用 055-960-7155

依頼日	年 月 日 ()	
利用患者名	様 歳 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 ()	
予約記入者	名前 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 携帯 ※受付確認のご連絡を差し上げますので、必ず電話番号をご記入ください。	
出発地	住所 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 室内段差あり	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 室内段差あり
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> ベッド 自宅 階	<input type="checkbox"/> 病院名 <input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 自宅 階/病棟 号室
目的地	住所 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 室内段差あり	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 室内段差あり
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> ベッド 自宅 階	<input type="checkbox"/> 病院名 <input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 自宅 階/病棟 号室
配車時間	(<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後) 時 分	
利用形態	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> リクライニング / <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設) <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
希望車種	<input type="checkbox"/> アトレー(小型) <input type="checkbox"/> ハイエース(大型)	付添 (<input type="checkbox"/> 有 名 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 別車
利用目的	(<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院) (<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 退所 <input type="checkbox"/> 転所) <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 (月 日 <input type="checkbox"/> 午前 : <input type="checkbox"/> 午後 時 分 頃) <input type="checkbox"/> TEL	
備考欄	※ご希望等、何か注意点がございましたらご記入下さい。	

電話専用 055-960-7111
 FAX専用 055-960-7155