

FAX 依頼書

介護タクシーごとう

FAX 番号 0957-54-4025

ご利用日	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分
ご依頼者氏名	様 / 電話番号:
利用者氏名	様 (年齢 才/身長 cm・体重 kg)
お迎え先	名称: 住所: 電話番号: 場所: ※ 玄関先・待合室・室内(ベッド)
行き先	名称: 住所: 電話番号: 場所: ※ 玄関先・待合室・室内(ベッド)
※ご自宅内➡ 車両までの移動時お手伝い頂く場合有り 可能・不可能	
お帰り	必要・不要 / 午前・午後 時 分
付き添いの方	有 (名) ・ 無

必要備品	自己保有車いす 有・無
	レンタル/車いす 標準:必要・リクライニング車いす:必要
	レンタル/ストレッチャー利用 必要・不要

障害者手帳	有・無
-------	-----

備考	<p>FAX 依頼後、電話にて最終確認致します。</p> <p>(返事が遅くなる場合がございます予めご了承ください。)</p> <p>現在1人で運行致しておりますので、ご自宅の状況・乗車までの動線等、サポートなしでは対応困難な場合搬送不可と判断し、お断りする事もございますので、あらかじめご了承ください。</p>
----	--