



FAX送信先TEL:03-6789-5070

介護タクシー ランド 宛

## ご利用申込書

お申込日	年	月	日
------	---	---	---

ふりがな		性別	年齢
利用者名	様	男・女	歳
住所(自宅)	〒		
電話番号		携帯電話	
ふりがな		利用者様との関係	
申込者名	様		
住所	〒		
携帯電話 電話番号		FAX番号	

行き(往路)		帰り(復路) ※行きのみご利用の場合は記入不要	
利用日	月 日(曜日)	利用日	月 日(曜日)
乗車時間	時 分 午前・午後	乗車時間	時 分 午前・午後
乗車場所		乗車場所	
乗車住所		乗車住所	
乗車TEL		乗車TEL	
			
目的地名称		目的地名称	
目的地住所		目的地住所	
目的地TEL		目的地TEL	
付添の同乗者	あり(名)・なし	付添の同乗者	あり(名)・なし

車イスの方は下記のいずれかに○をしてください。

1. ご自分の車いす	2. 車いす貸出(乗車時無料)	3. 簡易ストレッチャー(2,000円)
4. ストレッチャー(4,000)		

ご購入に際して、健康状態や注意点などがありましたらご記入をお願いします。

--

FAX送信先TEL:03-6789-5070