

予 約 票

福祉・介護タクシー スマイル

乗車される方

男性 女性 年齢 _____ 歳

ふりがな _____

様 _____

☎ _____

(_____) _____

同乗者

あり 名 なし

予約日

平成 年 月 日 (_____)

乗車場所

ご住所: _____

施設名: _____ (〇〇駅・〇〇病院・自宅など)

エレベーター・階段の有無: なし エレベーター有り 階段(_____ 階)

時間: _____ 時 _____ 分に乗車したい

目的地

ご住所: _____

施設名: _____ (〇〇駅・〇〇病院・自宅など)

エレベーター・階段の有無: なし エレベーター有り 階段(_____ 階)

時間: _____ 時 _____ 分に到着したい

お申込者

ご本人 ご家族 代理人

ふりがな _____

様 _____

☎ _____

(_____) _____

ご住所: _____

レンタル用品:

不要 標準型車椅子(無料)
 リクライニング式車椅子(1,000円) ストレッチャー(3,000円)

障がい者手帳:

あり なし 福祉タクシーチケット: あり なし

ご利用者様の状態や注意事項・ご依頼事項など

お電話でのご予約は、0742-37-4873 / 090-5099-4873へ

FAXでのご予約は、0742-61-3643へ お願いいたします。

ホームページからのご予約は <http://smile.care-taxi.com/> からお願いいたします。