

# FAX 依頼表

福祉タクシー いで FAX 0957-55-0618

ご利用日	月 日 曜日 午前・午後 時 分
ご依頼者氏名	様 緊急連絡先:
利用者様氏名	様 (年齢 才 身長 cm 体重 kg)
お迎え先	名称 : 住所 : TEL : 場所 : ※ 玄関先 ・ 待合室 ・ 室内(ベッド)
行き先	名称 : 住所 : TEL : 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	有り ( )名 無し

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

障害者手帳	有り	無し
-------	----	----

備考: FAX依頼後、TELにて最終確認致します。  
 一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、お断りする事も御座いますので予めご了承下さい。