

介護タクシー虹 予約依頼書

<ご依頼者>

| | | | |
|------|--|-----|--|
| 事業所名 | | ご担当 | |
| 電話 | | FAX | |

<予約内容>

| ご利用者 | | | | | | | |
|---------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------|
| 氏名 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 電話 | <input type="text"/> |
| 住所 | <input type="text"/> | | | | | | |
| 適用 | <input type="checkbox"/> 通院乗降介助 | | <input type="checkbox"/> 自費 | | <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 車いす | <input type="checkbox"/> 使用していない | <input type="checkbox"/> 自分の車いすを使用 | <input type="checkbox"/> 貸出希望 | | <input type="checkbox"/> 病院備付を使用 | | |
| 歩行介助 | <input type="checkbox"/> 自立歩行 | <input type="checkbox"/> 杖歩行 | <input type="checkbox"/> 歩行器使用 | | <input type="checkbox"/> 手引き歩行 | <input type="checkbox"/> その他 | |
| 注意・要望事項 | <input type="text"/> | | | | | | |

* 予約状況等で送迎時間が変動する場合の調整は、当方から利用者様へ連絡いたします。

| 日時 | 送迎時間 | 行き先 | メモ |
|-------|------|-----|----|
| / () | 往き | 時 分 | |
| | 帰り | 時 分 | |
| / () | 往き | 時 分 | |
| | 帰り | 時 分 | |
| / () | 往き | 時 分 | |
| | 帰り | 時 分 | |
| / () | 往き | 時 分 | |
| | 帰り | 時 分 | |
| / () | 往き | 時 分 | |
| | 帰り | 時 分 | |
| / () | 往き | 時 分 | |
| | 帰り | 時 分 | |

上記、介護タクシーの予約依頼
承りました。

受付番号

責任者

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

三多摩医療生活協同組 介護タクシー 虹
国分寺市本町4-12-14 所長 山口里美

介護タクシー虹 FAX042-322-2555
ヘルパーステーション FAX042-325-7589