

予約依頼票

(太枠内をご記入ください)

ご利用予定日時	年 月 日 () 時 分
ふりがな	
ご利用者氏名	
連絡先電話番号	
どこから (ご乗車場所)	
どこまで (目的地)	
片道? 往復?	・片道 ・往復 (お帰りの予定 時 分)
乗車人員 (3名様まで)	名
車椅子の使用	・未使用 ・ご自身の車椅子使用 ・車椅子レンタル希望
障害者手帳の有無	・無し ・有り
その他、特記事項等	

■■■ご利用者のご依頼者が違う場合■■■	
ふりがな	
ご依頼者氏名	
連絡先電話番号	

※わかる範囲でご記入ください。折り返し、確認のご連絡を差し上げます。

(弊社使用欄。記入は不要です)

受付日時	年 月 日 () 時 分
受付担当者	
確認の連絡	
備考	

ファックス番号 0293-42-5103

介護タクシー秋桜(コスモス)
北茨城市磯原町木皿1251-1
(電話) 0293-43-2846