

予約受付票

FAX:03-6281-0189

ご利用者氏名	ふりがな 様 TEL:	
ご依頼者氏名	ふりがな 様 TEL:	
ご利用日	月 日( )	出発時間 時 分
ご利用内容	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復    お帰りの予定時間 時 分頃	
出発地	自宅住所	区・市 丁目 番号 <input type="checkbox"/> 玄関お迎え <input type="checkbox"/> お部屋お迎え <input type="checkbox"/> 階お迎え
	病院・施設	TEL: <input type="checkbox"/> 玄関お迎え <input type="checkbox"/> お部屋お迎え <input type="checkbox"/> 棟 階 号室
目的地	到着時間	時 分ごろ予定
	自宅住所	<input type="checkbox"/> 出発地と同じ <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> お部屋 <input type="checkbox"/> 階 TEL: <input type="checkbox"/> 玄関お迎え <input type="checkbox"/> お部屋お迎え <input type="checkbox"/> 棟 階 号室
待機時間	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し                      有りの場合 時 分ごろ	
機材	無料レンタル車いす <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要    所有車いすタイプ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 電動 リクライニング車いす <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要    ストレッチャー <input type="checkbox"/> 必要	
乗車人数	患者様以外の人数 人	
タクシーチケット	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し                      どちらの治自体券ですか？(	
障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し                      提示により運賃1割有り	
備考	身体状況や家屋状況により、安全を期するため二人での搬送の場合が有り別途料金が発生いたします。	
メモ・ご要望		
待機時間について、弊社事業所より15Km以上の目的地待機の場合は、時間距離併用制にて運賃計算されます。約1時間3500円が加算されます。 送信後すぐにご返事ができないため改めて弊社よりご連絡差し上げます。		