

FAX No. (048)422-1566

エルマ介護タクシー

## 介護タクシー依頼書

利用日時	月 日 ( )曜日 時 分
ふりがな	
ご依頼者名	
ご連絡先電話番号	
ふりがな	
ご利用者氏名	
お迎え先ご住所	
行き先ご住所	
帰りのお迎え	必要 ・ 不要
備考	

付き添いの同乗者	なし ・ あり( 名)		
車イス等のご希望	車イスのレンタル	必要	不要
	リクライニング式 車いすのレンタル	必要	不要
	ストレッチャーのレンタル	必要	不要
障害者手帳	あり ・ なし		

MEMO
------

付き添い看護師・院内介助・階段介助・セカンドヘルパー・酸素等のご希望がありましたら、MEMO欄に記入してください。