

FAX 番号**049-299-6541****株式会社 救急介護搬送サービスえまさぼ ケアタクシーご利用申込書**

※当日／緊急のご予約は、お電話にてご連絡をお願いいたします（TEL:049-299-6531）。

※土日祝日のお申込みは、翌営業日にご連絡いたします。

※お申込内容確認のため、お電話をさせていただきます。電話番号を必ずご記載ください。

**【お申込み日】** 年 月 日**【ご利用者様の情報】**

ふりがな		年齢	歳	性別	
ご利用者様名					
電話番号					

【お申込者様 ご連絡先】 ※ご家族様、医療機関・介護施設職員様など、代理でお申込みの際はご記載ください。

お申込者様または ご担当者様名	様	続柄または 病院／施設名等	
電話番号		FAX 番号	
◆お申込内容確認の折り返しご連絡先 《 ご利用者様の電話番号 ・ お申込者様の電話番号 》 ※どちらかお選びください			

【ご依頼内容】

ご利用希望日 (複数可)		ご出発時間	時 分
ご出発場所 (施設名)			
目的地 (施設名)	※到着時間のご希望がありましたらご記載ください		
当日連絡のつく電話番号			
ご利用人数	☐ ご利用者様のみ ☐ お付き添いあり (人／続柄)		
車椅子など機材利用	☐ お持込み () ☐ お貸出し () ☐ 不要		
その他 ◆生活介助のご依頼や 特に注意が必要な点等 ありましたら ご記載ください。			