Fax No. 046-267-4166

車イスタクシー　依頼書

お迎え希望日時	月　　日（　）曜日　　時　　分
ふりがな	
ご依頼者名	
ご連絡先電話番号	
お迎え先	ご自宅　・　その他（　　）
集合住宅等の場合はエレベーターの設置	有　・　無しの場合は階数（　　階）
お迎え先ご住所	
行き先施設名	
お帰りのお迎え	必要　・　不要
同乗者の有無	有　（　）名　・　無
車イスの貸し出し	必要　・　自己の車イスを使用
院内介助・お買い物介助等	必要　・　不要
階段昇降介助	必要　・　不要
セカンドヘルパー	必要　・　不要

NEMO(その他ご希望等があればお書き下さい)

※上記枠内の必要・不要等の項目がある欄は、どちらかに〇をご記入下さい。
又、お迎え先がご自宅以外をご希望の場合は、その他(　)内にその名称をお書き下さい。
お迎え先が集合住宅等の方は、エレベーターの設置の有無のご記入をお願いします。
尚、確認のため折り返しお電話させて頂く事がありますので、必ずご連絡先をお書き下さい。
いつも車イスタクシーの　*トランスアシスト*　のご利用ありがとうございます。

ドア・to・ドアのおもてなし　車イスタクシーの　*トランスアシスト*
TEL090-7250-6830
www.kurumaisutaxi.com