

予 約 受 付 表

Fax 03-6784-7190

ご利用者様	様【Tel: _____】
ご依頼者様	様【Tel: _____】
ご利用日	_____月_____日() _____時_____分
ご利用内容	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 お帰りの時間 _____時_____分頃

お迎え先	ご自宅住所	
		<input type="checkbox"/> 玄関までお迎え <input type="checkbox"/> お部屋までお迎え <input type="checkbox"/> _____階までお迎え
	病院・施設名	【Tel: _____】
		<input type="checkbox"/> 受付までお迎え <input type="checkbox"/> お部屋までお迎え_____階_____号室
目的地	到着時間	_____時_____分頃、到着予定
	ご自宅住所	
		<input type="checkbox"/> 玄関まで <input type="checkbox"/> お部屋_____階_____号室まで
	病院・施設名	【Tel: _____】
		<input type="checkbox"/> 受付まで <input type="checkbox"/> お部屋_____階_____号室まで
待機時間		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____時_____分ぐらいまで

車椅子	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 乗車の車椅子 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 電動		
乗車人数	車椅子の方_____名 車椅子以外ご乗車される方_____名		
タクシーチケット	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 地域(_____)		
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	高齢者(介護度)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

備考	
----	--