

旭ヶアタクシ一 宛

F A X 予約表

利用者様	ふりがな			男	女
	お名前			歳	
	住 所				
	電話番号		FAX番号		
申込者様	ふりがな				
	お名前				
	住 所				
	電話番号		FAX番号		
場 所	出発地 (お迎え先)	住 所			
		施設・病院名等			
	目的地	住 所			
		施設・病院名等			
お迎え月日・時間		月 日() 午前・午後	時	分	
帰りのお迎え(✓して下さい)		<input type="checkbox"/> 必要(時 分頃) · <input type="checkbox"/> 不要			
付添い・同乗者様(✓して下さい)		<input type="checkbox"/> 有(名) · <input type="checkbox"/> 無し			
使用器具	持込み	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()			
	借 用	<input type="checkbox"/> 車椅子 座面標準タイプ <input type="checkbox"/> 車椅子 座面幅広タイプ <input type="checkbox"/> 車椅子 リクライニング(有料) <input type="checkbox"/> ストレッチャー(有料) <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 布担架 <input type="checkbox"/> その他()			
その他、発着地がご自宅の場合、状況等、その他補足・ご希望等をご記入下さい。					

FAX番号 050-5802-4061