



福祉タクシー予約フォーム

FAX 0742-51-1983
TEL 090-7967-9289
メール ai@care-taxi.nara.jp
WWW http://cara-taxi.nara.jp
(ホームページからもご予約いただけます)

- 可能な範囲でご記入の上、FAXまたはメール添付で送信してください
- ご予約は、ご利用日の前日午後3時までにお願ひします。運行当日のFAX予約はできません
- 送信で予約は完了いたしません。こちらからのご連絡時に正式予約をお伺ひいたします

1. ご依頼者に関してご記入ください

(ふりがな)

お名前

お電話番号 FAX番号

病院や施設の名称 (病院や施設の職員様からのご依頼の場合のみ記入)

.....

2. ご乗車いただくお客様についてご記入ください (ご依頼者と異なる場合のみ)

(ふりがな)

お名前 ご依頼者との間柄

お電話番号 FAX番号

3. ご利用予定日やお客様についてご記入ください

(どちらかを○でお囲みください)

ご利用予定日 月 日 () 迎車の時刻 時 分 1. 片道 2. 往復

出発地の住所または施設・病院等の名称

目的地の住所または施設・病院等の名称

帰りの住所または施設・病院等の名称

(出発地と異なる場合)

ご利用になる機材

(いずれかを○でお囲みください)

1. なし 2. ご利用者様の車いす
3. 当社の車いす 4. 当社のリクライニング車いす 5. 当社のストレッチャー

(どちらかを○でお囲みください)

ご利用者の性別 1. 男性 2. 女性 ご利用者の年齢 歳

(どちらかを○でお囲みください)

障がい者割引 1. あり 2. なし 付添の方の人数 名

4. 介助に関して留意点や要望がございましたら、記入願ひます。

また、運送経路にケアドライバー1名だけで介助できない階段等の障害物がございましたら、記入願ひます。

.....