

介護タクシーサービス ポノポノ
手配依頼書

利用日時	月 日 () 午前・午後 時 分		
ふりがな			
ご依頼者 氏名			
ご連絡先			
ふりがな			
ご利用者 氏名			
ご連絡先			
お迎え先 住所			
階段	1階 2階以上 () 階 <small>※階段2階以上の場合はお手伝い頂ける方が必要です。</small>	エレベーター 有 ・ 無	
行き先 住所			
階段	1階 2階以上 () 階 <small>※階段2階以上の場合はお手伝い頂ける方が必要です。</small>	エレベーター 有 ・ 無	
帰りのお迎え	要 ・ 不要	お迎え予定時間	午前・午後 時 分ごろ
備考			
添乗の同乗者	有 (名) ・ 無		
車いす等のご希望	自己所有の車いす	有 ・ 無	
	車いすレンタル	要 ・ 不要	
	リクライニング車いすレンタル	要 ・ 不要	
タクシーチケットのご利用	有 ・ 無		
障がい者手帳の有無	有 ・ 無		
備考			

FAX番号 059-344-5333

FAXを頂きましたら必ず確認のご連絡をさせていただきます。確認のお電話がない場合、恐れ入りますがご連絡ください。

連絡先 090-4262-6190 介護タクシーサービス ポノポノ 中川

