

## ケア輸送サービス かざぐるま ご予約申込書

依頼者様 氏名	連絡先		
	FAX		
ふりがな		性別	年齢
利用者様氏名		男性 ・ 女性	歳
ご利用日	月 日 ( ) 曜日 午前・午後 時 分 発・迎		
お迎え先住所			
施設名			

ご自宅の場合は自宅、集合住宅の場合は集合住宅名を書いてください。

玄関先・待合室・病室・室内(ベッド)	階段	( ) 階 ( ) 段程度			
	エレベーター	あり・なし			
送り先住所					
施設名					
復路	あり・なし	午前・午後 時 分 迎え			
同乗者	あり・なし	ありの場合 ( ) 名			
必要備品	病院の車椅子・自己所有車椅子・ストレッチャー・担架・吸引器 酸素 ( ) L/分・点滴棒・その他 ( )				
看護師希望	あり・なし	(障) 割引	あり・なし	介助希望	あり・なし
その他のご要望					
FAX 0744-33-7201					

FAX 受信後、内容を確認しご予約の可否を御連絡をさせていただきます。