

# アイムの福祉タクシー

(株式会社 アイム・コラボレーション)

**FAX番号 086-243-4866**

**電話番号 0120-186-600**

## 福祉タクシー 予約依頼書

ご利用日	月 日 ( 曜日 )			
	午前・午後 時 分 ( 迎え時間 ・ 出発時間 )			
ご依頼者氏名	(フリガナ: _____) 様 緊急連絡先: ☎ _____			
ご利用者氏名	(フリガナ: _____) 様 ご利用者様住所: _____			
お迎え先住所	住所: _____ (病院の場合は・・〇〇病院 階 号室)			
	( ) 玄関先・待合室	( ) 病 室	( ) 室内(ベッド)	
行先住所	住所: _____ (施設名)		お帰り・お迎え 要 ・ 不要	
同乗者・付添	有り ( 名 ) ・ 無		院内介助サポート 必要・不要	
必要備品について	自己所有車椅子	有り	車椅子レンタル(標準)	必要・不要
	ストレッチャー利用	必要・不要	リクライニング車椅子	必要・不要
障害者手帳	有 ・ 無			
コメント;				