

ぷらすタクシー依頼書(兼 受付表)

FAX:06-6757-4278

令和 年 月 日

依頼者様	氏名 電話	様 (病院・施設)
------	----------	-----------

ご利用者様	氏名 様		
ご利用日	令和 年 月 日 (曜日)		
	(行き)	午前 ・ 午後	時 分
	(帰り)	午前 ・ 午後	時 分頃 電話連絡(ドライバーと調整) ・ 不要
出発地	住所 (病院・施設名) 電話		
目的地	住所 (病院・施設名) 電話		
身長	センチ	体重	kg
車イスのタイプ	普通タイプ ・ リクライニング	車イス貸し出し	必要 ・ 不要
院内介助	必要 ・ 不要	同乗者	あり(名) ・ なし
障害手帳	あり ・ なし	タクシーチケット	あり ・ なし
備考			

大阪市東住吉区今林 2-17-9

担当者:中田 隆彦

電話:090-3914-2562

(まずは お電話でご相談下さい)