

予約受付表



●ご利用日時	月 日 () 午前・午後 時 分		
●申込者お名前			
●連絡先(自宅)			
●連絡先(FAX)			
●連絡先(携帯)			
●場所	お迎え場所(ご自宅)の住所		
	目的地の住所・施設名		
●帰りの送迎	<input type="checkbox"/> 必要 (予定時間) <input type="checkbox"/> 不必要		
●車内レンタル品の希望	・車いす(無料)	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不必要
	・リクライニング車いす(1,500円)	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不必要
	・ストレッチャー(1,500円)	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不必要
●付き添い、同乗者	<input type="checkbox"/> あり(名) <input type="checkbox"/> なし		
●利用者様	利用者様お名前		
	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢 歳
●福祉チケット利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
●障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
●その他ご要望など			

※弊社記入欄

--