

おでかけサポートひろ宛

FAX 078-936-7350

おでかけサポートひろ ご利用申し込み

【ご利用者様】

ふりがな				性別
ご利用者様名				男 ・ 女
ご住所				
お電話番号		FAX番号		
備考				

【お申込者様ご連絡先】

* ご家族様・病院さま・施設さまなど、ご連絡先がご本人様と異なる場合等、ご記入をお願いします。

申し込み者		事業所様名	
お電話番号		FAX番号	
ご住所			
ご関係	ご家族さま・病院さま・施設さま・他（ ）		

【ご依頼内容】

	行き	お帰り
ご利用日時	月 日 曜日	月 日 曜日
ご乗車時間	時 分	時 分
ご乗車場所		
乗車住所		
乗車地電話番号		
目的地		
目的地住所		
目的地電話番号		
ご同乗者人数	☐ 1人 ☐ 2人 ☐ ご利用者さまのみ	☐ 1人 ☐ 2人 ☐ ご利用者さまのみ
車椅子ご要望	☐ 標準車椅子希望(無料)	☐ 標準車椅子希望(無料)
	☐ リクライニング車椅子(有料)	☐ リクライニング車椅子(有料)
	☐ 病院様またはご自分の車椅子利用	☐ 病院様またはご自分の車椅子利用
	☐ 不要	☐ 不要
その他のご確認	●タクシーチケットのご利用 有 ・ 無	
	●障がい者割引のご利用 有 ・ 無	

・FAX受信後、ご確認の連絡をさせていただきます。(注：夜間受信の場合は翌日のご確認となります。)