

FAX御予約表 011-206-9451 (24時間受付)

いろは ケア・タクシー

下記ご記入お願い致します。

利用日時	月	日 ()	時	分
ふりがな				
依頼者氏名				
電話番号 (依頼者連絡先)				
ふりがな				
利用者氏名				
お迎え先住所				
行き先住所				
お帰りのお迎え	要	・	不要	
同乗者	あり (名)	・	なし	
車椅子のご要望	自己所有の車椅子	あり	・	なし
	車椅子レンタル	要	・	不要
タクシーチケット のご利用	あり	・	なし	
障がい者手帳	あり	・	なし	
備考 (その他何でも)				