

FAX 番号 03-3925-1680

ケアアクション 学園さくら ご予約申込書

◆お申込者様のご連絡先

※ご家族様、居宅支援事業所、病院、施設など代理でお申込されるときにご記入ください。

お申込者様名 (ご担当者様名)	様	事業者様名	様
お電話番号		FAX 番号	

◆ご利用者さま

※実際にご利用されるかたについてご記入ください

※実際に住民登録されているご住所をご記入ください

ふりがな		性別	年齢
ご利用者様名	様	男・女	歳
<b>ご住所</b>			
お電話番号		携帯電話	

◆ご依頼内容

ご利用日	月 日 ( )	ご乗車時間	時	分	出発
ご乗車場所	ご住所				
	ご自宅・施設名				
目的地	ご住所				
	ご自宅・施設名				
復路	有・無	時 分	頃	目的	通院・入院・退院・転院・その他
お付き添い	有・無	名様	ご自宅	戸建て・集合住宅	
エレベータ	有・無	階段・段差	有・無	有の場合⇒( )階( )段程度	
障害 介護度	・愛の手帳 ・障害者手帳 介護度 ( 3 ・ 4 ・ 5 )				
車いす	貸出 不要	その他貸出機材	ストレッチャー リクライニング 布担架		
特に気を付ける ことやご希望を ご記入ください。					

本FAXの送信ではご予約は確定していません。  
弊社にて受信、内容を確認後ご予約の可否をご連絡申し上げます。