

申込日： 年 月 日

担当者名			
事業者名		電話番号	
住所		FAX番号	

【利用者様情報】				ストレッチャー/ 階段介助の場合	
ふりがな		性別	年齢	体重	
お名前		男・女	歳		kg
住所					
電話番号					
【ご依頼内容】 ご利用日時： 月 日 午前 時 分 お迎え・出発 午後					
片道・往復（経由）					
乗車地		経由地			
住所		住所			
電話番号		電話番号			
目的地		障がい者手帳 有・無			
住所					
電話番号					
【付添同乗者】 あり（名） ・ なし ※利用者との関係（ご家族・施設職員・その他）					
【点滴使用】 あり ・ なし					
【機材貸出】 必要 ・ 不要					
<input type="checkbox"/> 標準車イス	<input type="checkbox"/> リクライニング車イス	<input type="checkbox"/> ストレッチャー			
<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ 〇/分	<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> スクープストレッチャー			
<input type="checkbox"/> 室内介助	<input type="checkbox"/> 階段介助（ 階まで）	<input type="checkbox"/> 二人介助 ・ 付添看護			
ドライバーへの注意点・ご要望等					