年　　月　　日

介護タクシービーグル　橋本行
FAX　03-3995-8266

		発信元:	
		送付枚数:	本紙を含めて　枚
		ご連絡先	ー　　ー

① ご予約　日時　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

② お迎え先

③ ○してください。

車椅子所有、　車椅子貸出、　リクライニング車椅子貸出、　ストレッチャー貸出

行先

御利用者様氏名

付き添い　　名

その他ご要望

酸素（有、無）、室内介助（有、無）、階段介助（有、無）、

確認後折り返しご連絡差し上げます。お急ぎの場合は 070-1312-4150
介護タクシービーグルまでよろしくお願いします。