

にらがわの里 予約申込書

福祉移動サービス

FAX 番号

0276-25-5667

下記の記入用紙は、会員登録申込書のものではございません。

お名前	ふりがな								
	(会員 ・ 非会員)								
ご住所	〒	—	市	町	番地	(アパートなどの建物名・部屋番号も)			
電話番号	—	—	携帯番号	—	—				
ご希望日時	出発地	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分
	目的地	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分
移送先	出発地	目的地							
	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> () 病院 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> () 病院 <input type="checkbox"/> その他()							
		<input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 往復						
車椅子の貸出	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 標準型 (無料) <input type="checkbox"/> リクライニング (1,000円) <input type="checkbox"/> ストレッチャー (1,000円)						
車内の付添い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (15分まで250円 以降15分ごとに250円)								
外出先の付添い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (1時間まで2,000円 以降30分ごとに1,000円)								
ご質問・ご要望									

※お申し込みは、ご希望日の**3日前まで**にお願いします。

※非会員の方は事前に会員登録(無料)が必要です。担当者より折り返しご連絡致します。

※FAXの確認ができ次第、折り返しお電話でご連絡をさせていただきます。

※配車の都合上、ご希望日に予約ができない場合がございます。ご了承くださいませ。