

ケントケアタクシーサービス 宛

ご利用日	月 日 曜日
ご利用時間	(午前・午後) 時 分 ~ (午前・午後) 時 分
ご利用者名	様 (男・女) 歳
お電話番号	
住 所	
出 発 地	
目 的 地	

●ご利用人数☒	車いす利用者☒	名☒	同乗者☒	名
---------	---------	----	------	---

●車いすのご用意は必要ですか?☒	いる☒	いない
------------------	-----	-----

●ストレッチャーのご用意は必要ですか?☒	いる☒	いない
----------------------	-----	-----

お問い合わせ・ご要望などがあればご記入ください。