

見学会ご利用申込書(FAX)

申込日 年 月 日

ご本人が利用なさる場合は申込者入力は不要です。

| | | |
|-------|------|---------|
| お申込者様 | フリガナ | |
| | お名前 | 様 (社名) |
| | 電話番号 | |

| | | |
|--------------|---|---|
| ご利用者様 | フリガナ | |
| | お名前 | 様 |
| | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| | 電話番号 | |
| ご利用日時 | 年 月 日 AM・PM 時 分 | |
| 施設名・病院名 | | 住所記入不要 |
| 住所 (ご出発地) | 〒 | |
| | <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> 階段 (スロープ所持の方はチェックなし) | |
| ご利用内容 | <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 送迎と付き添い (こちらで手配) | |
| | <input type="checkbox"/> 生活サポート | |

送迎以外のご利用の方は下記記入不要です。

| | | |
|--------------|---|--|
| 施設名・病院名 | | 住所記入不要 |
| 住所 (ご到着地) | 〒 | |
| | <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> 階段 (スロープ所持の方はチェックなし) | |
| 片道・往復 | <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 | |
| 車いすの方 | <input type="checkbox"/> 0名 <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 | |
| 車いす以外の方 | <input type="checkbox"/> 0名 <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名 | |
| 有料オプション | 車いす利用 | <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー |
| | 2名介助 | <input type="checkbox"/> 出発地 <input type="checkbox"/> 到着地 |
| 備考欄 | 確認電話の希望時間などあればご記入ください。 | |

受取確認後、こちらからお電話で確認させていただきます。

FAX 078-451-4888