

# 問い合わせ(ファックス)

送付先 **もりたケアタクシー**  
 FAX No. **042-739-0709**

には  を入れてください

ふりがな					
お名前					
ご利用日時		月	日	時	分
					<input type="checkbox"/> 出発 <input type="checkbox"/> 到着
出発地	名前(名称)				
	住所				
目的地	名前(名称)				
	住所				
乗車人数	車いす	人			
	付き添い	人			
段差・階段	有無	<input type="checkbox"/> 出発地にある	<input type="checkbox"/> 目的地にある		
	2人対応	<input type="checkbox"/> 段差・階段があり手伝えなため、2人で来て欲しい			
お帰りの利用		<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要 ( 時頃)		
障がい者割引		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳または療育手帳を持っている			
ご連絡先		お見積もりのご連絡先を電話かFAXからお選びください また、ご希望の時間帯があれば、ご記入ください ⇒ 時～ 時頃の間			
	<input type="checkbox"/> 電話	—	—	—	—
	<input type="checkbox"/> FAX	—	—	—	—
その他何かあればご記入ください					

送付先 **もりたケアタクシー**

**042-739-0709**