

介護タクシー依頼票

送信日: 年 月 日

送信先: (有)ケイティ物流 宛

FAX0267 53 8766

送信元: 住所

氏名(施設名)

TEL

FAX

ご利用内容

日時: 月 日() 時 分発

利用者様氏名 様

出発地

行き先

必要物品: ストレッチャー・リクライニング車椅子・車椅子

酸素 〇・点滴台

同乗者: 行 名(医師・看護師・家族・他)

: 帰 名(医師・看護師・家族・他)

その他