

依頼票

送信日 年 月 日

どちらかに✓をお願いします

民間救急

- ・看護師同乗（無料）
- ・消防署認定資格者
- ・介護ヘルパー

介護タクシー

- ・消防署認定資格者
- ・介護ヘルパー
- ・看護師（ご要望あれば）無料

送信先

(有)ケイティ物流 宛

FAX : 0267-53-8766

送信元

住所

施設名

担当者

TEL

FAX

ご利用内容

日時 月 日 () 時 分 発

利用者様氏名 様 TEL

出発地 病院 自宅 その他 (住所:)

行き先

必要物品 ストレッチャー スクープストレッチャー

車椅子 リクライニング車椅子

酸素 ℓ 点滴 吸引

同乗者

行 名 医師 看護師 家族 他

帰 名 医師 看護師 家族 他

病院内等同行 不要 必要※有料になります

その他