

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
- ・介護士（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