

事業所名		FAX番号		記入年月日	
CM氏名		( )		令和	年 月 日

**配車サービス予約内容（毎月固定分）**

利用者氏名	介護保険サービス	行・帰・付添	曜日 (※該当曜日に○をして下さい。)							行:迎え場所	帰:迎え場所	通院先の病院名			
										行:迎え時間	帰:迎え時間				
[備考欄] (※固定項目以外の固定理由事項など。例:毎月第1週,第3週の固定通院,毎週の通院など)															
	乗	身	行	帰	付添	月	火	水	木	金	土	日			
													:	:	TEL
[備考欄]															
	乗	身	行	帰	付添	月	火	水	木	金	土	日			
													:	:	TEL
[備考欄]															
	乗	身	行	帰	付添	月	火	水	木	金	土	日			
													:	:	TEL
[備考欄]															
	乗	身	行	帰	付添	月	火	水	木	金	土	日			
													:	:	TEL
[備考欄]															
【特記事項欄】															

御予約ありがとうございます。当社にて配車予約受付処理完了後、下記に受付印を押しFAXにて通知させていただきます。

※連絡事項

受付印