① 固定：配車予約

枚方	072-845-6766
寝屋川	072-802-0688

ベルビー

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（※該当曜日に〇をして下さい。）	行：迎え場所 行：迎え時間	帰：迎え場所 帰：迎え時間	通院先の病院名
	〔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 〕					
	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にて通知させて頂きます。

※連絡事項	受付印

※この用紙はコピーしてご使用下さい。

枚中　　枚目