

①

固定：配車予約

枚方

072-804-3448

寝屋川

072-802-0688



ベルビ-

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			
			月	火	水	木	金	土	日	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

※この用紙はコピーしてご使用下さい。

枚中 枚目