

宇都宮セントラルクリニック送迎依頼書

ふりがな

氏名 _____ 様

生年月日 大 / 昭 / 平 年 月 日 (歳)

住所 〒

ふりがな

電話番号 携帯電話:

自宅電話:

歩行 可 不可

車いす 利用 利用なし

付添い 有 無 付添者様(様)

続柄()連絡先()

自宅周辺が目印になるような建物などあればご記入ください。

《ご依頼施設様》

受付日 /

担当印

