

# 有償移送サービス申請書

平成 年 月 日

NPO 法人思いやり広場 宛

NPO 法人思いやり広場

〒581-0866

大阪府八尾市東山本新町 6 丁目 16 番 16 号

電話 0120-43-5125

FAX 072-990-3809

## 記

私は、NPO 法人思いやり広場の有償移送サービス（福祉有償運送）を使用の際は、以下の通り遵守して申し込みします。

- 1、 利用期間・利用時間の変更があった場合、速やかに連絡します。
- 2、 NPO 法人の規約に基づいてサービスを受けます。（別紙参照）
- 3、 個人情報の取り扱いについて（別紙参照）

（申込者）

フリガナ	
お名前	
ご住所	〒
電話番号	FAX
E-mail	

（ご利用者の代理人が必要な場合）

フリガナ	
お名前	
ご住所	〒
電話番号	FAX
E-mail	

1. 利用期間 平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで

行き先 (病院名・施設名称等を明記)

使用目的

2. 利用期間 平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで

行き先 (病院名・施設名称等を明記)

使用目的

3. 利用期間 平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで

行き先 (病院名・施設名称等を明記)

使用目的

4. 利用期間 平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで

行き先 (病院名・施設名称等を明記)

使用目的

5. 利用期間 平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで

行き先 (病院名・施設名称等を明記)

使用目的

6. 利用期間 平成 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分まで

行き先 (病院名・施設名称等を明記)

使用目的

(NPO 法人思いやり広場 記入欄)

日付	事務担当印	運転者印	所長印