



FAXお見積もり・お問い合わせ用紙

FAX 042-470-6488

※印は必ずご記入ください。

※出発日時	平成 年 月 日 () AM・PM : 出発予定
※帰着日時	平成 年 月 日 () AM・PM : 帰着予定
※出発地	
※目的地	
※乗車人数	名(最大人員)
希望車種	<input type="checkbox"/> マイクロバス (正席18席 補助席7席) <input type="checkbox"/> ジャンボハイヤー (正席13席) <input type="checkbox"/> 介護タクシー [<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復] <input type="checkbox"/> 車いす使用(6席) <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用(正席2席、補助2席)]

※介護タクシーご利用の場合 [片道/往復] [車いす/ストレッチャー]のいずれかに○印をおつけ下さい。

行程		
※お客様名	ふりがな	
※ご連絡先	(ご住所)	
	(電話番号)	(FAX番号)
	(メールアドレス) @	
※ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール

▽ご質問、ご相談事項ございましたらご記入ください。



コムウェルトラנסポートサービス