

陣痛タクシー 登録申込書

● お客様情報		
妊婦様 氏名		
ふりがな		
連絡先	(自宅)	(携帯)
メールアドレス		
出産予定日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 初産婦 / <input type="checkbox"/> 経産婦
● お迎え先		
お迎え先住所	〒 -	
建物名 (マンション名)		表札名
待機場所		
タクシー到着時	<input type="checkbox"/> インターホン呼出 <input type="checkbox"/> 待機 <input type="checkbox"/> その他 ()	
● 出産予定病院		
病院名		TEL
住所		
降車場所	<input type="checkbox"/> 正面玄関 <input type="checkbox"/> その他 ()	
● 夜間利用病院 ※出産予定病院と同じ場合は記入不要です。		
病院名		TEL
住所		
降車場所	<input type="checkbox"/> 正面玄関 <input type="checkbox"/> その他 ()	
● 緊急連絡先		
氏名		続柄 / 関係
連絡先		
● お支払方法		
<input type="checkbox"/> 後日支払	<input type="checkbox"/> 口座振替※1 <input type="checkbox"/> 請求書払い※2 ※1 口座振替は別途申込が必要となります。ご利用開始にはお申込みから1ヶ月半程度を要します。 ※2 ご請求書は、ご登録いただいた「お迎え先」に 後日お送りさせていただきます。 違う場所へご希望の場合は、「ご要望その他」にご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 当日支払	当日払いの場合は、ICOCA 電子マネー・iD おサイフケータイ・各種クレジットカードでスピーディーにお支払頂けます。	
● 注意事項		
1. 「陣痛タクシー」は、お客様に迅速かつ安全にご指定の病院までご乗車いただく輸送サービスです。乗務員は特別な資格を取得しておりませんので、不測の事態でも医療行為はできませんのでご了承ください。		
2. 「陣痛タクシー」の運行につきましては、通常のタクシーと同等の責任(交通事故等運行により生じたお客様損害)以外は、一切の責任は負いかねますのでご了承ください。※周産期特有のリスクが顕在化しても、当社は責任を負いません。		
3. 道路状況や天候により車両の到着が遅延する場合、又は配車ができない場合もございますので、予めご了承ください。		
		署名 : _____ (印)