

陣痛タクシー 登録申込書 (大阪地域)

対象エリア：大阪市（東淀川区・住吉区）・茨木市・摂津市

● 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	令和 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
車の着ける場所		
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"/> 当日支払	現金またはICOCA 電子マネー・ドコモiD・各種クレジットカードでお支払いただけます。	
● 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いませんので、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)