

❁ 見積り依頼書 ❁

* 必須項目

フリガナ *				
氏名 *				
生年月日 *	年	月	日	性別 * 女 ・ 男 ・ その他
住所 *	〒			
連絡先 *	—		—	
メールアドレス				
フリガナ *				
患者名 *				
年齢 *	満	歳	患者様とのご関係 *	
目的 *	転院 ・ 退院 ・ 行事、ショッピングなど ・ 旅行 その他 ()			
搬送希望日 *	年	月	日	時頃
【迎車地】 ご住所 *				
【送迎地】 ご住所 *				
患者様の状態 *	医療行為を必要と する ・ しない ・ 相談したい			
	する場合 ・ 人工呼吸器 ・ サクシヨン ・ 点滴 ・ その他 ()			
医師同乗希望 *	はい ・ いいえ ・ 相談したい			
看護師・救命士 同乗希望 *	はい ・ いいえ ・ 相談したい			
備考				

FAX. 042-319-9509

〒183-0055
 東京都府中市府中町2丁目22番9 共進会ビル2F
 TEL:042-319-9508

【お問い合わせフリーダイヤル】 0120-091-911

株式会社テミスメディカル 民間救急アイビー 宛

お見積り依頼書をこちらの番号、または住所にご送付ください。