

FAX用オーダー表

会津ユニバーサルデザインツアーセンター 行

H 年 月 日

問い合わせ者様のお名前			
性別	男	女	※○で囲んでください
支援が必要な方との続柄			
電話番号			
FAX番号			
E-mail			
支援が必要な方のお名前			
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	年齢 歳
性別	男	女	
住所	〒		
電話番号			
支援を希望する観光地			
希望の支援内容			
希望の利用日時	平成 年 月 日 () 時から		

※以下は、車椅子のお客様で持ち上げを希望される方のみご記入下さい。

車椅子の構造	自走の車椅子 介助用の車椅子 リクライニング車椅子 電動の車椅子	体重: kg	車椅子: kg	総重量: kg
--------	---	---------------	----------------	----------------

備考