

こうのとりのコースご利用登録用紙

申込年月日 平成 年 月 日

ふりがな		電話番号	
お名前		携帯番号	
		勤務先	
		その他	
ご住所			
ビルマンション名			
メールアドレス			
緊急連絡先氏名			
緊急連絡先TEL			
出産予定日	平成 年 月 日		
出産予定病院名			
病院住所			
病院TEL	(昼間)	(夜間)	
かかりつけ医院名	同上		
※ ご出産の病院と同じ場合は”同上”とご記入下さい。			
子育てタクシーに同時登録する: する しない			
ご要望がありましたらご記入下さい。			

◎この登録用紙にご記入頂きました内容は、一般社団法人全国子育てタクシー協会に加盟し、申し込み者がご利用されるタクシー事業者にてのみ登録時に利用するものです。
その他でご記入内容を利用することは一切ございません。

株式会社イーエム・アイ
子育て支援イルカタクシー
埼玉県所沢市東所沢2-44-8
TEL04-2951-3340
FAX04-2945-4705