

こうのとりのコースご登録専用用紙

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			
緊急連絡先番号			
出産予定日	平成 年 月 日	ご出産回数	
出産予定病院名			
病院住所	〒		
病院電話番号	(昼間)	(夜間)	
かかりつけ医院名			
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： <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない・ <input type="checkbox"/> 登録済			
ご要望等があればご記入下さい。			

この登録用紙にご記入いただきました内容は、一般社団法人全国子育てタクシー協会に加盟し、申し込み者に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。

一般社団法人全国子育てタクシー協会
合同タクシー株式会社
FAX 0957-52-2455