

依頼書

平成 年 月 日

電話受付・お問い合わせ時間 月～土曜日 AM9:00～18:00
大阪府指定・近畿運輸局認可・大阪市消防局患者搬送事業認定

搬送日時	平成 年 月 日 () 時 分 (元・先) (着・発)
------	--

搬送元と搬送先の名称及び住所はお間違いのないようにお願いします。

患者様氏名			年齢 ()
搬送元	名称 :		男・女
	住所 :		
搬送先	名称 :		
	住所 :		
依頼者様(連絡先)	名称 :		
	住所 :		
感染症			
看護師要請			

患者様の状態（既往・ルート類・ADL・車内で必要な処置・必要資器材等）質問等

※FAX での返答をご希望の場合は、その連絡先を記載して下さい。

アイネット介護サービス AMBULANCE SERVICE

大阪府大阪市東住吉区西今川 2-10-11
TEL (06)6799-9009 / FAX (06)6799-9006