

陣痛タクシー登録申込書

お申込みFAX番号
093-521-2747

<妊婦様のお名前・ご住所を御記入願います>

会員No.

お名前	(ふりがな)	サービスご利用時の登録電話番号をお願いします	
		電話番号	- -
		携帯電話	- -
ご住所	〒 - - (建物名 例：勝山マンション602号室)		

<お迎え先が上記と同じ場合は“同上”とご記入ください>

ご住所	〒 - - (建物名 例：勝山マンション602号室)		
電話番号	- -	表札	あり(表札名:)・なし

※妊婦様で里帰り出産などで表札がお名前と異なる場合は下記をご記入ください

<緊急連絡先>

お名前	(ふりがな)	続柄	
		電話番号	- -

<かかりつけ医> ※かかりつけ医院を変更した場合は、速やかに変更内容をご連絡下さい

病院名	電話番号	- -
	担当医	
ご住所		

● 出産予定日

平成 年 月 日

● 出産経験

あり(人目)・なし

● 備考(その他ご希望事項あればご記入下さい)

陣痛時での緊急配車手順

- 1 事前にかかりつけの病院に電話して指示を仰いでください。
- 2 ご登録頂いた電話番号から【093-521-2735】へお電話下さい。
- 3 配車オペレーターが以下の内容を確認致します。
 - ・陣痛でのご利用ですか? / ・小さなお子様や付添いの方はいますか?
 - ・病院に連絡し指示を仰いでいますか?
- 4 お迎えに上がる車両番号・到着予定時間をお知らせ致します。



陣痛時、あらかじめご予約いただければ、破水時に備えてバスタオル・防水シート完備の「マタニティセット(要実費)」をご用意いたします

【注意事項】「陣痛タクシー」は、お客様を迅速かつ安全にお送りする為のタクシー輸送サービスです。万が一病院にお送りする際、不測の事態が発生した場合は医療機関の指示のもと、医療行為に抵触しない範囲内でサポートをさせていただきますが、責任の範囲は通常のタクシーと同等です。その他は免責とさせていただきますのでご了承ください。ご記入いただいた個人情報は、勝山タクシーによる「陣痛タクシー」に関する業務にのみ利用させていただきます。

早目のご登録が安心です