

FAX 送信先： 0197-64-1152

出産応援タクシー入会申込書

会員 No.

私は、下記の通り八重樫タクシーの出産応援タクシーを申し込みます。

令和 年 月 日

住所：

氏名：

電話番号：

携帯番号：

出産予定日 令和 年 月 日

病院名

備考

同居の家族

お名前	続柄	連絡先	備考

個人情報取り扱い承諾書

出産応援タクシーに必要な個人情報について、株式会社八重樫タクシーが利用することに承諾いたします。

氏名

㊟