こうのとりコースご登録申込書

申込年月日 ： 令和 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 |  （続柄・ご関係：　　　　　） | 　（続柄・ご関係：　　　　　） |
| 緊急連絡先電話番号 |  |  |
| 出産予定日 | 令和　　年　　月　　日 | ご出産回数 | 　　　　　　　　　回 |
| 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。 |
| ひよこコースに同時登録する：（ する・しない・登録済　）いづれかに○印をご記入ください　　　　　※「する」の場合は別紙ひよこコース登録申込書にご記入の上ご一緒に返送ください。 |
| 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。

一般社団法人全国子育てタクシー協会株式会社水沢タクシー