

お申込みは

FAX 028-625-2442 または

http://www.first-taxi.co.jp/

氏名(漢字)		必須	例: 関東 花子
氏名(ふりがな)		必須	例: かんとう はなこ
電話番号	携帯電話	必須	※陣痛時は、ご登録頂きました電話番号からお電話ください。よりスムーズな受付が可能となります。
	自宅		
緊急連絡先 (本人以外)	氏名(漢字)		例: 関東 太郎
	氏名(ふりがな)		例: かんとう たろう
	電話番号		
	続柄		例: 夫・母など
お迎え先	住所		※建物名及びお部屋番号がある場合は、必ず入力してください。
	表札名		※お客様姓と表札が異なる場合は入力してください。
	タクシー到着時	<input type="radio"/> インターホンで到着をお知らせ <input type="radio"/> お電話で到着をお知らせ	※ご指定の場所がスクールゾーン等の交通規制の区域内の場合、お近くへのお迎えとなりますのでご了承ください。
出産予定病院	病院名		
	住所		
	降車場所	昼間	
		夜間	※降車場所が複数ある場合は病院へ確認ください。 例: 正面・救急口など
	電話番号	昼間	
		夜間	
担当医			
出産予定日		必須	例: 2015/11/22
<p>●「マタニティファーストタクシー」は、お客様に迅速かつ安全にご指定の病院までご乗車いただく輸送サービスです。ドライバーは助産婦受講習と日本赤十字社救急法等基礎講習及び AED 取り扱い認定資格を所持しておりますが、不測の事態でも医療行為はできませんのでご了承ください。</p> <p>●「マタニティファーストタクシー」の運行につきましては、通常のタクシーと同等の責任（交通事故等運行により生じたお客様損害）以外は、一切の責任は負いかねますのでご了承ください。また、運行中にお客様の身体状況に悪影響を与えたり、急を要する変化が発生・予想される場合は、運行をお断りすることもございます。 ※周産期特有のリスクが顕在化しても、当社は責任を負いません。</p> <p>●道路状況や天候により車両の到着が遅延する場合、又はその他の原因により配車ができません場合がございます。 万が一に備え、その他の手段もご検討の上ご利用ください。</p>			
上記の3項目に同意の上申し込み		同意する ・ 同意しない	
※いずれかに○をつけてください。記入にない場合は同意するといたします。			

※当社より、お電話にて内容確認をさせていただく場合がございますので、ご了承ください。

※出産予定日の近いお客様のなど、登録が間に合わない場合がございますが、コールセンター（24時間・365日／0120-150-840）にお電話頂けましたら、お近くの空車をお探しいたしますので、お問い合わせください。