



# 「こうのとりコース」ご登録用紙



登録日： 年 月 日

ふりがな お名前		電話番号	( )
		携帯番号	( )
ご住所	〒 -	勤務先	
		その他	
		メールアドレス	@
緊急連絡先氏名	①	②	
緊急連絡先番号	①	②	
出産予定日	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。		
子育てタクシーに同時登録	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 登録済
※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、申し込み者を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



お問い合わせ・ご予約

電話 0197-24-3111 FAX 0197-25-6130

岩手県奥州市水沢三本木 4 番地 42

ホームページ <https://hokuto.oshushi.com>