

親孝行サポート

エスコーターサービス

食事・ショッピング  
申込書

の部分に全てご記入ください

申込日 令和 年 月 日

業務内容

食事・ショッピング

日時

令和 年 月 日( ) 時 分

希望コース

4時間 8時間 12時間

スタッフランク

S A B

ご依頼主

お名前

ご住所

(建物名)

連絡先(日中連絡がとれる番号)

FAX

メールアドレス

駐車場(有無)

訪問先

訪問先名称

住所

連絡先

駐車場(有無)

※精算

事前にお振込精算をお願い致します。

振込先：西日本シティ銀行 本店営業部 普通3474652 リンケージ株式会社

ご要望

※当日ご希望の行先や内容について詳細にご記入お願い致します。

※ ご利用の方とご依頼主が異なる場合は、ご連絡お願い致します。

送付先

FAX：092-292-7022

e-mail：fukuoka@linkages.jp