

佐世保市陣痛タクシー登録申請書

年 月 日

佐世保市長 様

陣痛タクシーの利用について、下記のとおり登録を申請します。

また、登録に係る事務を行うにあたり住民基本台帳を閲覧すること、佐世保市タクシー協会及び利用するタクシー会社へ登録・サービスの実施に関する個人情報を提供することに同意します。

ご本人 お名前	ふりがな	電話（自宅）	()
		電話（携帯）	()
住 所		母子健康 手帳番号	
緊急連絡先 (本人以外)	ふりがな	必ず連絡が 取れる電話番号	()
出産予定 病院名		出産予定日	年 月 日
※出産時に市内の実家へ里帰りを予定されている場合は住所をご記入ください。 住所： () 様方			

【申請時に持参していただくもの】 母子健康手帳

ご希望のタクシー会社がある場合は番号に○をつけてください。※ 1社のみ選んでください ご希望がない場合は1に○をつけてください。 ※★印は夜間対応ができない事業所です。							
1	佐世保市タクシー協会におまかせする。						
2	佐世保観光タクシー(株)	木風町	33-8181	6	(株)SHIROYAMA★	高梨町	24-5963
3	長崎第一交通(株)	相浦町	48-7191	7	キングタクシー(株)★	白木町	22-4136
4	ラッキー自動車(株)	城山町	24-7711	8	西部タクシー(株)★	上本山町	40-8228
5	佐世保タクシー(株)	有福町	27-3636	9	元町タクシー(株)★	元町	22-6101