## 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 手帳番				
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
※出産時に市向 住所:	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	l <sub>o</sub> (		)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㈱	木風町	8	(株) O K ★	高梨町					
3	長崎第一交通㈱	相浦町	9	キングタクシー(株) ★	白木町					
4	ラッキー自動車㈱	城山町	10	国際タクシー(株) ★	大和町					
5	佐世保タクシー㈱	有福町	11	西部タクシー(株) ★	上本山町					
6	セブンタクシー(株)	城山町	12	元町タクシー(株) ★	元町					
7	(有)天神タクシー	元町								