送付先 :神奈川県横浜市保土ヶ谷区西谷町1252番地-7 朋栄交通株式会社 お客様登録係 FAX番号:045-381-2467

陣痛119番登録シート及び承諾書

必須の箇所は必ずご記入ください。

必須	お名前	
必須	フリガナ(カタカナ)	
必須	ご住所	
	ビル・マンション名	
必須	電話番号1	ー　　ー
	電話番号2	ー　　ー
必須	出産予定日	
必須	病院名	
必須	病院住所	
必須	病院電話番号	ー　　ー
必須	病院までの所要時間(通常)	
必須	第何子目の出産(通常)	
必須	子育てタクシー登録	□希望する　　□希望しない
	※陣痛119番登録をしていただいた方には、ご希望により子育てタクシーにもそのまま登録します。	
必須	子育てタクシーを知った方法	□朋栄交通ホームページ □新聞・雑誌・テレビから(　　) □友人・知人から □コミュニティサイト等から(　　) □設置してあったチラシから(設置場所:　　) □その他(　　)
	その他ご要望	
必須	個人情報保護方針　同意欄	□同意する　　□同意しない (個人情報保護方針にご同意いただけない場合は、会員登録ができません)
必須	お約束事　承諾欄	□承諾する　　□ 承諾しない (お約束事にご承諾いただけない場合は、子育てタクシー会員登録ができません)