

# 福祉車両レンタカー(点検修理)依頼書 兼 受付通知書



ご依頼日	年	月	日
ご依頼者(施設)名			
ご住所			
ご連絡先	TEL	FAX	
ご担当者様名		直接電話	OK・NG

伝票番号	
依頼コード	
送信先	※ お近くのifレンタカーへお問合せ下さい

ご依頼事項	1. 福祉レンタカー申込み 2. 福祉装置点検・修理依頼 3. 钣金修理依頼 2、3の場合、点検・修理期間中のレンタカー代車を希望 する・しない		
福祉レンタカー 希望車種番号	第1希望		第2希望
ご利用期間	ご出発	年 月 日	時ごろ 予定
	ご返却	年 月 日	時ごろ 予定

\* 点検・修理ご要望の場合のみご記入ください

登録番号		車名	
点検・修理ご依頼 不具合箇所	1. リフト装置	2. スロープ装置	3. 固定装置
	4. 回転シート装置	5. 補助ステップ装置	6. その他( )
事故钣金修理	損傷部分 	自力走行	可・不可
備考			
保有形態	1. 自社所有	2. リース	リース会社名( )

## ● ● ● 弊社からのご回答欄 ● ● ●

ご回答日	年	月	日	担当	
ご提供車種番号					
お届け日時	年	月	日	時	
ご連絡事項					

\* この情報は、弊社からお客様へのご連絡や情報提供、車両手配以外の目的には利用いたしません。  
 また、いかなる情報も弊社と機密保持契約を締結した協力会社以外へは公開いたしません。  
 \* 事故補償及びその他のご利用条件については、レンタカー会社の定める貸渡約款によるものとします。

--

ifレンタカー受付印