

**FAX 06-6755-4521**

## 介護タクシーの進化を目指す会 10/7 アンケート

このアンケートは、当日皆様に公開する予定です。

ご記入いただいた内容は、意見交換会議に利用させていただきます。

時間の都合で、当日全てのご意見について話し合うことはできませんので、当方の独断で選出させていただくことをご了承ください。また、後の交流会では、このアンケートをご参考に、多数の参加者の中から、ご自身の目的に合致した相手と効率的に交流していただくことを期待しております。

ふりがな 参加者氏名		電話番号	
ふりがな 屋号		FAX番号	
営業所 所在地	〒	<input type="checkbox"/> 24時間対応 <input type="checkbox"/> 営業時間( : ~ : )	
車種と台数		装備 <input type="checkbox"/> フルクリーニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他装備品(                      )	<input type="checkbox"/> 医療酸素 <input type="checkbox"/> 吸引器
貴社の強み (セールスポイント)	※開業年月 年 月		

Q1. この業界の問題点とあなたが考える解決案を教えてください。

Q2. あなた1人ではできないが、実現したいと思っていることを詳細に教えてください。(目的・手段など具体的に)

#### 個人情報の取り扱いについて

参加者の個人情報について、個人情報保護法その他関係法令を遵守し、適切にお取り扱いいたします。  
 本書面にご記入いただいた個人情報については、本会の開催に利用するほか、後日、私共が企画開催する介護タクシー事業者向け交流会や勉強会その他の情報提供に利用させていただく場合があります。  
 講座終了後、こちらからのご連絡を一切拒否したい場合は、下記へチェックをお願いします。

私は個人情報の破棄を望みます