

# タイムズカーレンタルレンタカー手配依頼書

依頼日 年 月 日

**タイムズカーレンタル**  
**長崎駅前通り店** 御中

裏面リストからお選び下さい。

**FAX** ( 095 ) 843 - 5660

電話 ( 095 ) " - 5656

▲必ずご記入ください

様

**FAX** ( ) -

電話 ( ) -

**紹介手数料**

上記と同じ  上記以外 (下記にご記入下さい)

会社名

- ご注意 1. 本件電話される場合は、工場○○○○と名乗ってください。
- ご注意 2. 本件は、損保代車の場合、損保SCご担当の了解が必要です。
- ご注意 3. 必ずタイムズカーレンタル(都道府県主管店舗)へFAXした後、下記「確認書」にてタイムズカーレンタルよりFAXをいただき確認してください。

使用予定日	年 月 日	AM・PM	:	
使用目的	<input type="checkbox"/> 損保代車(契約者用・相手用) <input type="checkbox"/> その他( )			
使用者	氏名	電話 ( ) -		
		携帯 ( ) -		
希望車種	<input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> 小型乗用自動車(デミクラス) <input type="checkbox"/> 普通乗用自動車(7セクラス) <input type="checkbox"/> 普通乗用自動車(7セクラス) <input type="checkbox"/> ワゴン車(プレクラス) <input type="checkbox"/> iBOX車(MPV・セナクラス) <input type="checkbox"/> バン(ファミリアバン・ボンゴバン・ニッサンキャラバン) <input type="checkbox"/> トラック(ボンゴトラック・タイタントラック2T)			
	<input type="checkbox"/> MT車(乗用) <input type="checkbox"/> 禁煙車 <input type="checkbox"/> その他( )			
配車先	<input type="checkbox"/> 使用者とご相談 <input type="checkbox"/> 工場名 _____			
	<input type="checkbox"/> その他 _____			
	所在地	市・町	電話 ( ) -	担当
担当損保SC 及び 担当	損保名	SC名	ご担当名	
	電話 ( ) -			
	契約者名	証券番号	事故日	月 日

タイムズカーレンタル 確認欄 タイムズカーレンタル ➡ 紹介者 様

配車完了報告	上記代車レンタカーは、 月 日 時頃ご指定のお届け先にお届けしました。
店	タイムズカーレンタル 担当店
担当	車名 _____
	担当者 _____ 電話番号 ( ) - _____

★ご連絡ありがとうございます。タイムズカーレンタルは、使用者様、損保SC様、配車先様3社(工場も含む)に必ずご連絡の上、配車いたします。

★配車報告は、**FAX**依頼者 FAXいたします。