

中国電力への情報提供用紙

登録者

氏名 (ふりがな) : ( )

住 所 : 〒

電話番号 :

24 時間連絡担当者 (訪問看護師、ケアマネジャー等)

所属事業所名 :

事業所住所 :

電 話 番 号 :

(ふりがな)

氏 名 :

携帯電話番号 :

- 1. 事業所所有の携帯電話
- 2. 担当者個人所有の携帯電話



どちらかに○をつけてください

人工呼吸器使用場所の電気契約について

登録者名															
契約者名															
契約番号					-									-	