（様式 2）

記載年月日　　年　　月　　日

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

} どちらかに〇をつけてください

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	
供給地点特定番号 ※（22 桁）	

※供給地点特定番号は、中国電力以外をご利用の方のみご記入ください。

Ver.1-6(2022.8)