

中国電力ネットワークへの情報提供用紙

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供給地点について

登録者名																						
需要者名 ※1																						
供給地点特定番号 ※2 (22 桁)																						

※1 需要者名は、電力会社のご契約者名をご記入ください。
 ※2 供給地点特定番号は、「電気使用量のお知らせ」やご契約の電力会社ウェブの「お客様情報」のページでご確認ください。ご不明な場合は、ご契約の電力会社へお問い合わせください。