

FAXにてご送信ください

 0120-64-2227

広島県医師協同組合 御中

年 月 日

医師協でんき試算依頼

該当するものに印をしてください

- 電気のご利用場所 医院
 ご自宅
 その他

- 現在のご契約種別 低圧電力(低圧電力、従量電灯 A・B、ビジネススマートB、ビジネス動力など)
 高圧電力(業務用電力、高圧電力、業務用高負荷率電力など)

※折り返し医師協よりご連絡いたしますので検針票や請求明細書を12ヶ月分ご用意ください

記

住 所 〒

氏 名

医療機関名

ご担当者名

電話番号

※お申し込みいただいた個人情報は、医師協の個人情報保護方針に基づき、医師協及び紹介提携企業等それぞれの責任において管理させていただきます、他の目的には一切使用しません。