

# 医師協でんき 電力シミュレーション依頼票

福井県医師協同組合 FAX:0776-21-7812

## <低圧契約の先生>

以下に **1年間の電力使用量**をご記入のうえ、**ひと月分の検針票**と一緒に FAX 願います。



## <高圧契約の先生>

**1年分の請求明細**をご用意のうえ協同組合までご連絡ください。



<ご連絡先>  
福井県医師協同組合  
TEL 0776-24-0367

※高圧電力を切替えられた場合は  
梯エネットからのご請求となります。

## <毎月のご使用量>

契約種別	従量電灯	低圧電力	契約種別	従量電灯	低圧電力
1 月分	KWh	KWh	7 月分	KWh	KWh
2 月分	KWh	KWh	8 月分	KWh	KWh
3 月分	KWh	KWh	9 月分	KWh	KWh
4 月分	KWh	KWh	10 月分	KWh	KWh
5 月分	KWh	KWh	11 月分	KWh	KWh
6 月分	KWh	KWh	12 月分	KWh	KWh

年 月 日

お名前			
ご住所			
電話番号		ご担当者名	

※この用紙にご記入いただきました内容は、当該業務のみに使用し、他の目的には一切使用いたしません。

福井県医師協同組合