

700MHzテレビ受信障害対応問診票（佐賀商組加盟店様用）

下記の項目にご記入いただき記載の番号までFAXをお願いします。

700MHz テレビ受信障害対策コールセンター FAX:044-833-6789

①【ご連絡先情報（ご申告者様）】 ※ 太枠内は必ずご記入ください。

お申込日	年	月	日
フリガナ			
お申込み者様 (個人名または会社名)	(ご担当者名)		
ご住所	〒 —		
マンション・ビル名	※ 部屋番号までご記入ください		
電話番号	— —	FAX番号	— —

※ お申し込み後の当方からのご連絡は、上記にご記載頂きました電話番号へご連絡いたします。
また、ご記入頂きました個人情報テレビ受信障害対策作業以外の目的では一切使用いたしません。

②【受信設備情報】 該当する項目にチェック☑を記入してください。

建物情報	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他
受信方法	<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> 共同アンテナ <input type="checkbox"/> 受信障害対策共聴施設 <input type="checkbox"/> CATV <input type="checkbox"/> その他
アンテナ位置	<input type="checkbox"/> 屋上 <input type="checkbox"/> ベランダ <input type="checkbox"/> 軒先 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> その他
お申込み者様区分	<input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> テナント 【 <input type="checkbox"/> 入居者様 <input type="checkbox"/> 管理者様 <input type="checkbox"/> オーナー(大家)様】
管理者(会社)様名	電話番号 — —

③【受信不良状況】 該当する項目にチェック☑を記入してください。

受信不良発生時期	年 月 日 時頃から
受信不良発生頻度	<input type="checkbox"/> 常時発生 <input type="checkbox"/> ある時間帯のみ発生(時ごろ)
内容 (対応・不良内容)	

④【電器店様ご対応内容】 該当する項目にチェック☑を記入してください。

対応内容	<input type="checkbox"/> 電話対応 <input type="checkbox"/> 電話・現地説明 <input type="checkbox"/> 現地設備確認 <input type="checkbox"/> 現地立会
------	--

⑤【お取次ぎご担当者連絡先（電器店様）】

店名	組合員番号
ご担当者様	
電話番号	

一般社団法人 700MHz利用推進協会 <http://www.700afp.jp>

当協会は、(株)NTTドコモ、KDDI(株)、沖縄セルラー電話(株)、ソフトバンク(株)の4社により設立され、700MHz帯の携帯電話電波利用環境を整備する業務を委任されている団体です。