

設置業者様

【装置の業者設置をご希望される方のみ、ご記入ください。】

## 設置連絡票

### 設置場所

住所

利用者名

設置する電話の番号

### 連絡先

※利用者とは異なる場合のみご記入ください。

氏名

利用者との関係 ( )

連絡先電話番号

### 設置希望日 (平日のみ)

※申請日の10日後以降をご指定ください。

設置業者から事前に連絡を差し上げます。

第1希望 令和 年 月 日 時間帯: 午前中・13~15時・15~17時

第2希望 令和 年 月 日 時間帯: 午前中・13~15時・15~17時

第3希望 令和 年 月 日 時間帯: 午前中・13~15時・15~17時

### 連絡事項

※ご連絡時間帯など、指定がありましたらお知らせください。

### 設置チェック項目



- 高齢者見守り装置はない。
- 電話はモジュラージャック式である。
- 同様の装置を所有、賃借していない。
- 電話機の付近にコンセントがある。
- 玄関インターホンと電話機が連動していない。

**上記の確認事項のうち、1つでも「×」があると設置できない場合があります。**

- ファックス (FAX) 機能は使用していますか 【 はい ・ いいえ 】  
(使用している場合、装置の設定が必要となるため、あらかじめお知らせください。)

-----  
[市・業者使用欄] 業者FAX番号

発信日

機器番号 No.

設置 (緊急通報機能

要 ・ 不要 )

故障

回収

連絡欄