

阿波市ケーブルネットワーク休止届

阿波市長 様

阿波市ケーブルネットワークの使用を休止したいので届け出ます。

平成 年 月 日

届出人 〒
住 所
フリガナ

氏 名 (印)

電話番号

〒
設置場所： 阿波市
フリガナ

加入名義 (氏名・名称)： (印)

休止期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日迄予定

理由： ・誰も使用しないため ・その他 ()

※休止期間中は、テレビの全チャンネルが映らない状態となります。
再開希望時は、届出が必要です。尚、休止期間は3年以内となっております。

これより下は、記入は不要です。(ケーブルネットワーク使用欄)

窓口受付チェック欄								
加入者 ID	利用状況	課金終了月			未収料金の有無			
申込者住所変更希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 届出人に変更	<input type="checkbox"/> 契約中	平成 年 月 迄			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 平成 年 月 (円)			
	<input type="checkbox"/> 休止中 平成 年 月 休止							
光番号	1.一戸建て <input type="checkbox"/> 自己所有者 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 社宅 2.集合住宅 <input type="checkbox"/> 自己所有者 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 市営住宅 3.その他 <input type="checkbox"/>				↓ <input type="checkbox"/> 納付済 (円) <input type="checkbox"/> 納付書			
メモ:								
※ 処理状況確認								
ACN 受付印	機器 (停止)	課金 (停止)	保守部門 連絡 (工事) 要・不要	工事完了 確認日	PDF	管理一覧 入力	報告	
	処理							
	対応メモ				(工事完了) 月 日	/	/	/