

受信障害受付シート（FAX 送付用）

※印は必須項目です

住所※	
氏名※	
メールアドレス	
電話番号※	
受信できないチャンネル	<input type="checkbox"/> 1ch(総合) <input type="checkbox"/> 2ch(教育) <input type="checkbox"/> 3ch(RBC) <input type="checkbox"/> 5ch(QAB) <input type="checkbox"/> 8ch(OTV)
発生日※	年 月 日
時間帯※	
発生頻度※	
障害内容※	<input type="checkbox"/> ブラックアウト <input type="checkbox"/> ブロックノイズ <input type="checkbox"/> その他（ ）
アンテナの方向に大きな建物がある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
アンテナの設置位置（近所のアンテナと比較）	<input type="checkbox"/> 近所も高い <input type="checkbox"/> 近所も低い <input type="checkbox"/> 近所は高いが申告者は低い
近隣の受信状況	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ ）
受信形態	<input type="checkbox"/> 自宅アンテナ <input type="checkbox"/> 集合住宅共聴アンテナ（マンション・アパート） <input type="checkbox"/> ケーブルテレビ <input type="checkbox"/> 不明（ ）
その他	

送付先 FAX：098-869-4419 沖縄テレビ放送宛

