

公立甲賀病院広告掲示申込書

公立甲賀病院広告掲示を希望したいので、次により申し込みます。

広告 掲 示 希 望 者	所在地		〒           —
	ふりがな 名 称		
	代表者 ※契約権限 のある方	役職名	
		ふりがな 氏名	印
	担当者	部署名	
		ふりがな 氏名	
	連絡先	TEL	
		FAX	
		Eメール	
	業 種		
掲載希望期間		年 月から           年 月まで (    か月)	
掲示希望 位置		棟 階 番	
掲示希望 規格		幅    cm × 高さ    cm	
広告の内容			
誓 約		広告掲示にあつては、公立甲賀病院有料広告掲載に関する要綱、公立甲賀病院広告掲示要領及び関連規定を遵守することを誓約します。	

※ 広告原稿案を添付してください。