

広告掲載申込書

西宮市病院事業管理者

西宮市立中央病院が発行する広告媒体への広告掲載を以下のとおり申込みます。

広告掲載希望者	所在地	〒		
	ふりがな 名 称		印	
	ふりがな 代表者職氏名			
	ふりがな 担当者職氏名			
	連絡先	TEL		
		FAX		
		Eメール		
業種				
掲載を希望する 広告媒体の名称	西宮市立中央病院紹介冊子「西宮市立中央病院 病院案内 2018 年度版」			
希望枠にチェック				
広告枠	A4 1/2 ページ	A4 1 ページ (全面)		
広告掲載料	15,500 円 (税込)	31,000 円 (税込)		
広告の内容	(別添のとおり)			
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 西宮市立中央病院の広告関連規定を遵守します。 ・ 西宮市税の滞納はありません。 			
備考				

よろしければこちらもご記入ください。(どちらかに をお願いします。)

西宮市立中央病院から、今後様々な広告媒体に関するお知らせを、随時 Eメール、FAX 等で送付させていただきますが、ご案内の配信を希望されますか。	
・ 希望する	・ 希望しない

本申込書にご記入いただきました情報は、広告原稿制作に関する連絡等が必要な場合に備え、中央病院が制作を委託する印刷業者にも提供させていただきますので、あらかじめご了承ください。