

小牧市民病院医療連携ガイドブック広告掲載申込書

(宛先)

申込書を提出される期日をご記入ください。(当院が指定している申し込み期限まで)

令和〇年 〇月 〇日

申込者 所在 ○○○○○○○○○○○○○○○○
名称及び ○○○○○○○○○○○○○○
代表者氏名 ○○○○○○○○○

小牧市民病院医療連携ガイドブックへの広告掲載について、関係書類を添えて申し込みます。

なお、申し込みに当たり小牧市広告掲載要綱、小牧市民病院医療連携ガイドブック広告掲載事務取扱要領及び小牧市民病院医療連携ガイドブック広告掲載事業者募集要項の内容を遵守すること並びにこの申込書及び提出書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

広告原稿のデータ

(1) もしくは (2) に○の付記をお願いします。

- 1. サイズ・色について
 - (1) 1口の場合：A5・横・4色カラー（モノクロでも可）
 - (2) 2口の場合：A4・縦・4色カラー（モノクロでも可）
- 2. データ形式について
ファイルは、PDF形式にて提出ください。
- 3. 提出方法について
CD等で直接提出いただくか、下記アドレスへ送付ください。
E-mail: renkei@c

担当者様はお電話でご連絡をさせていただく方となります。(代表者ではありません)

担当者氏名

○○ ○○

電話及びFAX番号

電話番号 (0568-76-4131)
FAX番号 (0568-75-0214)

E-mailアドレス

renkei@city.komaki.lg.jp

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

小牧市民病院医療連携ガイドブック広告掲載可否決定通知書

年 月 日

様

小牧市 病院事業管理者 印

年 月 日付けで申込みのありました小牧市民病院医療連携ガイドブック広告掲載については、下記のとおり決定しましたので、小牧市民病院医療連携ガイドブック広告掲載事務取扱要領第4条第2項の規定に基づき通知します。

記

広告掲載の可否	可 ・ 不可
掲載不可の理由	<div data-bbox="655 1059 1307 1153" style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red;">どちらかに○を付記します。</div>

【請求書と振込先について】

医療連携ガイドブックをお送りさせていただく際に同封いたします。もしその前に稟議等で必要な場合につきましては、事務局までお問い合わせくださいませ。ご対応いたします。