

様式第1号（第4条関係）

大崎市病院事業院内ポスター等広告掲示申込書

年 月 日

大崎市病院事業管理者 殿

所在地  
名称  
代表者氏名  
電話

印

大崎市病院事業院内ポスター等広告掲示について、次のとおり申込みます。

掲示形態	デジタルサイネージ広告 掲示サイズ（ ） 消費電力（ W）
掲示希望場所	※院内で設置したい具体的な場所
掲示希望期間	年 月から 年 月まで（ か月間）
広告の概要	※広告で掲示する内容，使用機器など
広告主の概要	※事業内容や活動内容など
本申込みに係る担当者等	担当部署： 担当者氏名： 電話番号： F A X： E - M A I L：
提出書類	広告原稿（案） 会社案内等（会社の概要がわかるもの）
その他	申込みに当たっては，大崎市病院事業広告掲載要綱，大崎市病院事業広告掲載基準，大崎市病院事業院内ポスター等広告掲示取扱要領を順守します。