（様式１）

 　年 　月 　日

仙台市立病院ホームページバナー広告掲載申込書

仙台市病院事業管理者

申込者

住　所　〒　　 －

氏　名

（法人の場合は、名称及び代表者）

（電話番号（　　　）　　 －　　　 ）

仙台市立病院ホームページバナー広告取扱要領第７条の規定により、下記のとおり申込みします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 広 告 掲 載 希 望 者 | 所在地・住所 | 〒　　 － |
| 名　　　称代表者役職名・氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  |
| 業　　　種 |  |
| 掲載希望期間 | 　 年　 月分から　　　 年　 月分（　 ヶ月） |
| リンク先ＵＲＬ | http:// |
| その他添付資料 | 広告バナー（電子データ） |

担当　仙台市立病院経営医事課財務収納係

℡ （022）308-7111

Fax （022）308-7213