一般社団法人町田市介護サービスネットワーク　バナー広告掲載申込書

　　　　　年　　月　　日

一般社団法人町田市介護サービスネットワーク代表理事　殿

申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| FAX |  |
| MAIL |  |

一般社団法人町田市介護サービスネットワークバナー広告掲載要領を了承し、同

第８条により、次のとおりバナー広告の掲載を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　掲載希望期間 | 第1号 | □　　　　 年 4 月 1 日～　　　年3月 31 日（12 ヶ月間） |
| □ 　　　　年10 月 1 日～　　　年9 月 30 日（12 ヶ月間） |
| 第2号 | □　　　　年　　月～　　　 年　 月末（ 6ヶ月） |
| 希望枠数 | □ 1 枠（縦 90ピクセル×横 223 ピクセル） |
| リンク先アドレス |  |
| バナー広告画像デザイン案 | 別添 |

以下、一般社団法人町田市介護サービスネットワーク使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | 年 月 日 |
| 審査結果 | □ 掲載可 □ 掲載不可 |
| 結果通知日 | 年 月 日 |
| 掲載日 | 年 月 日 |