様式第１号（第９関係）

年 　月 　日

愛知県後期高齢者医療広域連合長　殿

申込者（広告代理店）

住所（所在地）

名称

代表者職氏名 　印

愛知県後期高齢者医療広域連合ホームページ広告掲載申込書

愛知県後期高齢者医療広域連合ホームページバナー広告募集要項第９の規定に基づき、下記のとおりバナー広告掲載を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地及　び　名　称 |  |
| 広　告　内　容 |  |
| リンク先ＵＲＬ | http:// |
| 掲載希望期間（１か月単位） | 年 　月　～ 　年 　月（ 　か月）※ただし、掲載希望期間の最終は年度末の月を限度とする。 |
| 〔連絡先〕 | 電 話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |
| 担当者名 |  |
| その他 | 申込みに当たっては、愛知県後期高齢者医療広域連合ホームページバナー広告募集要項に定める事項を承諾し、及び遵守します。 |

備考　次の書類を添付してください。

・広告案（電子データでも可）

　　　・業種及び業務内容が確認できる書類