（様式１）

令和　年　月　日

富山県立中央病院長

富山県立中央病院患者用Wi-Fi接続ページ企業広告掲載申込書

申込者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

（法人の場合は、名称及び代表者）

電話番号

　富山県立中央病院患者用Wi-Fi接続ページ企業広告取扱要領第11条第１項の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 広告掲載希望者 | 所在地・住所 |  |
| 名称代表者職名・氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| FAX |  |
| Eメール |  |
| 業種 |  |
| 掲載希望期間 |  |
| リンク先URL |  |

※利用するバナー広告（画像）の提出方法は申し込み後にお知らせします。

※広告の掲載位置は選択できません。