様式第１号

平成　　年　　月　　日

神戸市立医療センター中央市民病院広告掲載申込書

神戸市立医療センター中央市民病院

病院長　様

所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

神戸市立医療センター中央市民病院広告への掲載について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 広告の種別 |  |
| 掲載数量 |  |
| 広告の概要 |  |
| 広告主の概要 |  |
| 本申込みにかかる担当者、連絡先等 |  |
| 提出書類等 |  |