

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（新規・変更）

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	年 月 日～ 年 月末日 (月)
希望枠数	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 掲載可 <input type="checkbox"/> 掲載不可
結果通知日	年 月 日