

様式第1号(第6条関係)

ホームページバナー広告掲載申込書

年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会長 様

申請者

所在地(所在地) _____

名称(名前) _____ 印

電話番号 _____

FAX番号 _____

e-mail _____

担当者氏名 _____

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会ホームページバナー広告掲載実施要綱第7条に基づき、下記のとおり申し込みます。

記

リンク先アドレス	
e-mail アドレス	
バナー広告の内容	別紙のとおり (印刷物 ・ データ)
掲載希望期間 (掲載は3月単位です)	令和 年 月 日から 月 日まで
期間延長希望の有無 (いずれかに○を付す)	希望する ・ 希望しない ・ 未定
広告の概要	(※ 資料に変えることができます。)
備考	

- 注意：1 広告掲載は3月単位となります。
2 申請者の都合で掲載を中止した場合、料金の返金はいたしません。
3 リンク先の中止、閉鎖、申請内容の変更が生じた場合は、必ず連絡してください。