（様式）

平成 年 月 日

仙 台 市 長 あて

住 所：

会社名：

代表者名：

広告掲載申込書

下記件名の募集説明書を確認し，次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 件 名 | 「子ども医療費助成　受給者証送付用封筒」広告募集 |
| 希望購入金額（消費税込み） | 　　　　　　　　　円（うち消費税相当額　　　　　　円）※仙台市との契約額を記載してください。（広告代理店手数料を含まない） |
| 連絡先 | 担当者 |  |
| 部 署 |  |
| 役 職 |  |
| 電話・FAX | 　　　　　　　　　　　・ |
| E-mail |  |
| 備考 | * 仙台市の広告関連規定を遵守します。
 |
| 広告主名 | ※広告代理店買い取りの場合未記入でも可 |
| 業種・事業内容 |  |
| 広告内容 |  |
| ホームページ | 有・無（http:// ） |
| その他 | ・仙台市の広告関連規定を遵守します。・仙台市税の滞納はありません。 |