（様式35）

令和 年 月 日

仙 台 市 長 あて

　　　　　　　　　　　　　　　（申　込　者）

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 | | 「介護保険料決定通知書（仮徴収分）送付用封筒」広告募集 |
| 広告掲載枠数 | | １枠 |
| 広告掲載料 | | 円（うち消費税相当額 　　円） |
| 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 | | ※二重枠線内は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。 |

こちらもご記入ください

　ご記入いただいたＥメールアドレス宛に仙台市広告募集等についての連絡メールの配信を希望されますか。（　□希望する　・　□登録済み　・　□希望しない　）