

様式第1号（第9条関係）

社会福祉法人清瀬市社会福祉協議会 機関紙広告掲載申込書

年 月 日

社会福祉法人
清瀬市社会福祉協議会 会長 あて

申 込 者 住 所（事業所所在地）

氏 名（事業所名）

（代表者名）

電話番号等 電 話

F A X

E-mail

担 当 者 氏 名

連絡先

社会福祉法人清瀬市社会福祉協議会 機関紙広告掲載取扱要領第9条の規定により、平成20年度の広告掲載について、下記のとおり広告案を添えて申し込みます。

記

1. 掲載希望号

希望する機関紙発行号(○を付す)

- | | | |
|-----------|---------|---------|
| ① 4月15日号 | ② 7月1日号 | ③ 9月1日号 |
| ④ 10月15日号 | ⑤ 1月1日号 | ⑥ 3月1日号 |

2. 支払方法 (○を付す)

- ①現金
- ②銀行振り込み（社協指定口座）
- ③その他（ ）