**広告掲載等申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人　大阪精神保健福祉士協会事務局　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼先 | 事業所名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL  FAX |
| 担当者 |  |
| 掲載概要 | 内容 | ※データ添付時記載不要 |
| 方法 | ウェブサイト掲載　※期間は最大6ケ月　3,000円 |
| サイズ | □Ａ４（１枚分）　　　□Ａ４（２枚分） |
| 掲載希望 | ウェブサイト：令和　　年　　月～　　月　　日まで  ※原則6か月以上を超えるものは削除されます。 |
| 料金  請求先 | 事業所名 | □依頼者と同じ |
| ※お振込者名が異なる場合「お振込者名」を下記にお書きください。 |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL  FAX |
| 担当者 |  |
| **請求書　□要　□不要　　　　　　領収書　□要　□不要** | |

★利用料は掲載月の翌月末までにお支払いください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求金額（計） | 入金日 | 入金処理日 |
| ￥ | / | / |

※記載不要