

(様式1)

年 月 日

令和 年度 福岡県社会福祉協議会ホームページバナー広告掲載申込書

社会福祉法人福岡県社会福祉協議会会長 様

広告掲載希望者 所在地 _____
法人名 _____
代表者氏名 _____
担当者氏名 _____
連絡先 _____

福岡県社会福祉協議会ホームページバナー広告掲載要綱の規定に基づき、次のとおり申し込めます。

| | |
|--------------------------|---|
| 希望期間 | <input type="checkbox"/> 1カ月 <input type="checkbox"/> 6カ月 <input type="checkbox"/> 12カ月 |
| 広告内容 (広告の概要を記入してください) | |
| その他 | 申込にあたっては、福岡県社会福祉協議会ホームページバナー広告掲載要綱に定める事項を承諾し、かつ遵守します。 |

問い合わせ・提出先

福岡県社会福祉協議会 総務企画部 総務課

〒816-0804

春日市原町3-1-7 クローバープラザ西棟6階

TEL 092-584-3377