　　年度 静岡県社会福祉協議会広告掲載申込書【非会員】

　　年　　月　　日

　社会福祉法人静岡県社会福祉協議会

　　会　長　　　　　　　　　　様

住所：〒

団体等名：

代表者名：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

担当者名：

メールアドレス：

次のとおり、広告掲載を申し込みます。　（「申込み」欄に○印をつけてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 広告種類 | 期間・回数・部数 | 料　金 | 申込み |
| 封　筒 | 10,000部〔長3又は角2封筒〕 | 60,000円 |  |
| ホームページ | 掲載希望期間をご記入ください  　　月から　　　月まで | 月6,000円 |  |