

(様式2)

山口県立総合医療センターエレベーター内広告掲出承認願

令和 年 月 日

山口県立総合医療センター院長 様

申込者 郵便番号
住 所
氏 名 ⑩
(電話 局 番)

下記のとおり、山口県立総合医療センターエレベーター内壁面へ広告の掲出をしたいので承認をお願いします。

申 込 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
枠 数	
広告の大きさ	
広 告 の 内 容	別添のとおり