折込広告等の手数料徴収要綱第６条関係(第1号様式)

令和　 年 　　月 　　日

折込広告等同封申込書

公益財団法人高知勤労者福祉サービスセンター理事長あて

同封希望者　住所　(所在)

 法人名(名称)

代表者職氏名　　　　　　　 　　　　㊞

　　　　　　担当者氏名

　　　　　　連絡先(電話)

 ＦＡＸ

Ｅメール

会員　　該　当　・　非　該　当

公益財団法人高知勤労者福祉サービスセンター折込広告手数料徴収要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 同封申込み配送物 | 　　 月　 日予定　　配送物名 |
| 対　　　　　　　象 | 1．会員宛　　・　　2．事業所宛 |
| 規　　　　　　　格 | 1．A4　・　2．A3－2つ折　・　3．冊子（　　　ｇ） |
| 業　　　　　　　種 |  |
| 広　告　の　内　容 |  |
| そ　　　の　　　他 | 申し込みにあたっては公益財団法人高知勤労者福祉サービスセンター折込広告手数料徴収要綱の内容を遵守することを誓います。 |

＊同封広告等の原稿を添付してください。