

**2020 年度西南学院高等学校同窓会総会・懇親会  
協賛広告申込書**

下記のとおり、協賛広告を申し込みます。

年 月 日

種 別	ふりがな					
	会社名・団体名					
<input type="checkbox"/> 法人・団体	ふりがな			卒業年	昭和	
<input type="checkbox"/> 同 窓 会	氏名 (代表者名)				平成	年卒
<input type="checkbox"/> 個 人					令和	
協賛広告を頂いた方 のお名前・社名を同 窓会ホームページに 掲載します。  H P に掲載を  <input type="checkbox"/> 希望する  <input type="checkbox"/> 希望しない	住所 (連絡先)	(〒 - )				
	TEL			Fax		
	E-mail					
	ふりがな			代表者名とご担当者が異なる場合のみ ご記入お願い申し上げます。		
	氏名 (ご担当者)					
	<input type="checkbox"/> 希望する	携帯番号	( ) -	Fax	( ) -	
	<input type="checkbox"/> 希望しない	E-mail				
※卒業生でない場合、紹介いただいた卒業生をご記入ください。						
<input type="checkbox"/> 紹 介 者 ( 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 卒 )						

<掲載広告>

<input type="checkbox"/> 1 ページ (45,000 円)	<input type="checkbox"/> 2/3 ページ (30,000 円)	<input type="checkbox"/> 1/3 ページ (15,000 円)	<input type="checkbox"/> 1/6 ページ (10,000 円)	<input type="checkbox"/> 1/12 ページ (5,000 円)
広告イメージ	<input type="checkbox"/> 昨年と同じ (※昨年の原稿を使用いたしますので、下記のロゴ及び写真の有無の記入については結構です。) <input type="checkbox"/> 昨年データを一部変更して使用 (※変更内容をお知らせ願います。) <input type="checkbox"/> 新規 (※裏面に具体的なレイアウト等をご指示願います。参考となる印刷物等の貼付でも可)			
ロゴの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ロゴ予約 ( / ) :		返却: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
写真の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	写真予約 ( / ) :		返却: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

※掲載広告につきましては、上記記載の Fax 番号または、E-mail アドレス宛にお送りします。

<料金支払関係>

請求書	請求書の送付時期について	請求書の宛名及び送付先について			
<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 月 上旬・中旬・下旬 出来上がった冊子は: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	※上記記載住所または会社名・団体名等と異なる場合は、下記にご記入ください。 請求書宛名 請求書送付先 (〒 - )			
領収書	領収書の宛名について	お支払い予定日	年 月 日 予定		
<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	※上記記載の会社名・団体名等と異なる宛名の場合は、下記にご記入ください。	支払方法		担当者名及び連絡先	
		<input type="checkbox"/> 現金 (※受取にお伺いいたします) <input type="checkbox"/> 振込 (銀行) <input type="checkbox"/> 当日 (会場)		TEL	
お振込先	<b>◆ 銀行口座 福岡銀行 筑紫支店(287) (普) 6 7 4 1 4 1</b> <b>◆ 口座名義</b> <small>トリプルオーズ</small> <b>TRIPLE O's</b> <small>エガシラ ノリヨシ</small> <b>代表幹事 江頭 実慶</b>				

※お振込みの場合、振込手数料はご負担くださいますようお願い申し上げます。

申込書送付先 森松 拓也 宛  
 携帯電話 : 090-5920-2852  
 F A X : 092-712-6048  
 E m a i l : swtripleos.koukoku@gmail.com

受付No.	原稿受領	文字校正	入稿	請求書	入金確認