音声告知放送申込書

　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者 |  | 担当者 |  |
| 住　所 |  |
| 添付資料 | □無　・　□有　（　チラシ　・　原稿　） | 連絡先 |  |
| 放送希望期間（日時・範囲） | 月　　　日　（ ）　 | □朝6：30 | □夜20：00 | □全域一斉□地区別放送

|  |
| --- |
|  |

 |
| 月　　　日　（ ）　 | □朝6：30 | □夜20：00 |
| 月　　　日　（ ）　 | □朝6：30 | □夜20：00 |
| □その他 |

〈放送文〉

以上の放送を希望します。

【　お問い合わせ　】

石見銀山テレビ放送株式会社

〒694-0064　大田市大田町大田ロ1089-4

℡：0854-82-7755　FAX：0854-82-7771

※放送文は300字以内で簡潔に表現してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 放送範囲 | 大田市全域 | 地区別（1地区） |
| 一般放送（1回） | 3,300円 | 330円 |

※料金はすべて総額表記しています。

※昼12時の放送は朝の全域放送の繰り返しとなりますので、

　お申し込みは受け付けていません。