

音声告知放送申込書

年 月 日

申込者				担当者	
住所					
添付資料	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (チラシ ・ 原稿)			連絡先	
放送希望期間 (日時・範囲)	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 朝 6:30	<input type="checkbox"/> 夜 20:00	<input type="checkbox"/> 全域一斉 <input type="checkbox"/> 地区別放送 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 朝 6:30	<input type="checkbox"/> 夜 20:00		
	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 朝 6:30	<input type="checkbox"/> 夜 20:00		
	<input type="checkbox"/> その他				

<放送文>

以上の放送を希望します。

※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。

【 お問い合わせ 】

石見銀山テレビ放送株式会社

〒694-0064 大田市大田町大田口 1089-4

TEL:0854-82-7755 FAX:0854-82-7771