　　令和６年　　月　　日

　横浜市病院事業管理者

横浜市立市民病院「椅子型自動運転サービス」協賛申込書

横浜市立市民病院の「椅子型自動運転サービス」導入に賛同し、下記のとおり協賛を申し込みます。

申込事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒 |
| 名称 |  |
| 代表者  （役職・氏名） |  |
| 主たる事業内容 |  |

申込内容

|  |  |
| --- | --- |
| 協賛クラス | ※申し込むクラスに１か所チェックしてください。  □プラチナ（協賛金20万円）  □ゴールド（協賛金10万円）  □シルバー（協賛金5万円） |
| 【プラチナ・ゴールド申込みの場合のご確認事項】  各クラスで募集枠数を上回る申込みがあった場合は、先着による選定となります。希望クラスに選定されなかった場合について、①か②のいずれかを選択してください。  □　①申し込んだクラスで選定されなかった場合は、別のクラス（プラチナ申込みの場合はゴールド及びシルバー、ゴールド申込みの場合はシルバー）への申込みを希望する  □　②別のクラスへの申込みを希望しない |
| 掲出を希望されるロゴ（※） |  |

　※申込時点で掲出予定のロゴをご提出いただくようお願いします。実際の掲出ロゴデータは

協賛決定後にご提出いただきます。

ご担当者

|  |  |
| --- | --- |
| ご担当者名 |  |
| 所在地 |  |
| 所属部署等 |  |
| 電話 |  |
| Eメール |  |