

稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載事務取扱要領

（趣旨）

第1条 この要項は、稲沢市民病院（以下「病院」という。）が作成する冊子「地域医療連携ガイドブック」に掲載する広告を募集するため、必要な事項について定めるものとする。

（広告の範囲）

第2条 広告掲載は、稲沢市有料広告掲載に関する要綱第3条に準じた範囲で行うものとする。

（掲載位置及び枠数）

第3条 広告の掲載位置及び枠数は、病院が指定するものとする。

（事業者の募集）

第4条 事業者の募集は、市民病院ホームページに別に定める募集要項を掲載して行うものとする。

（事業者の申込み）

第5条 事業者の申込みをしようとする者（以下「申込者」という。）は、稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載申込書（様式第1）に別に定める書類を添えて、病院事業管理者に提出しなければならない。

（事業者の審査及び決定）

第6条 病院事業管理者は、前条の申込みがあったときは、稲沢市有料広告掲載に関する要綱第8条に準じ、審査を経た上で有料広告掲載又は不掲載を決定するものとする。

2 病院事業管理者は、前項の決定をしたときは、申込者に対し、稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載等決定通知書（様式第2）により通知するものとする。

（広告掲載料）

第7条 広告掲載料は、病院事業管理者が別に定めた額とする。

2 広告掲載等決定通知を受けた者（以下「広告主」という。）は、指定する期日までに広告掲載料を納付するものとする。

(広告掲載にかかる原稿の作成等)

第8条 広告主は、広告原稿を指定する方法により作成し、指定する期日までに病院事業管理者に提出するものとする。

2 広告にかかる原稿は、広告主の責任及び負担により作成するものとする。

(広告の内容、デザイン等の審査及び協議)

第9条 申込時に提出した広告原稿の内容、デザイン等については、審査及び協議を行い、広告主の了承を得て掲載するものとする。

(広告の内容等の変更)

第10条 広告原稿の内容、デザイン等が、稲沢市有料広告掲載に関する要綱第3条の規定に準じ、抵触していると判断したときは、広告主に対して広告原稿の内容、デザイン等の変更を求めるものとする。

(決定の取消し)

第11条 病院事業管理者は、次の各号のいずれかに該当するときは、広告の掲載を取り消すことができる。

(1) 広告主が指定された期日までに、広告掲載料を納付しない又は納付する見込みがないとき。

(2) 広告主が指定する期日までに広告原稿の提出がないとき。

(3) 広告主が要綱及びこの要領の規定に違反したとき。

2 前項の規定により広告の掲載を取り消したときは、稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載取消等通知書(様式第3)により広告主に通知するものとする。

(広告掲載料の還付)

第12条 次に掲げる事由による以外の場合、納付された広告掲載料は還付しないものとする。

(1) 広告主の責めに帰さない理由により、広告の掲載を取り消したとき、納付された広告掲載料の全額。

(2) 病院の故意又は重大な過失により広告掲載したガイドブックを汚損、毀損、亡失等により登録医等に対し配布できなかったとき。

2 前項の規定により還付する広告掲載料は利子を付さない。

3 広告掲載料の還付を受けようとする場合は、稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載料還付請求書(様式第4)を提出しなければならない。

らない。

（広告主の責任）

第 1 3 条 広告の内容に関する一切の責任は、広告主が負うものとし、稲沢市有料広告掲載に関する要綱に準じ、同要綱第 1 5 条と同様の取扱いとする。

（雑則）

第 1 4 条 この要領に定めるもののほか、広告掲載に関し必要な事項は、病院事業管理者が別に定める。

附 則

この要領は、令和 7 年 5 月 7 日から施行する。

様式第 1 （第 5 条関係）

稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載申込書

年 月 日

稲沢市病院事業管理者 様

申込者 所在地
名称及び
代表者氏名
電話番号

稲沢市民病院地域医療連携ガイドブックへの広告掲載について、関係書類を添えて申し込みます。

なお、申し込みに当たり稲沢市有料広告掲載に関する要綱、稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載事務取扱要領及び稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載事業者募集要項の内容を遵守すること並びにこの申込書及び提出書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。

広告原稿のデータ	1. サイズ・色について (1) 1 口の場合：A5・横・4 色カラー（モノクロでも可） (2) 2 口の場合：A4・縦・4 色カラー（モノクロでも可） 2. データ形式について ファイルは、PDF 形式にて提出ください。 3. 提出方法について CD 等で直接提出いただくか、下記アドレスへ送付ください。 メールアドレス：hp-renkei@city.inazawa.aichi.jp
担当者等	担 当 部 署： 担 当 者 氏 名： 電 話 番 号： F A X 番 号： メールアドレス：
提出書類	会社案内等(会社の概要がわかるもの)・広告原稿

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。

様式第 2 （第 6 条関係）

稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載等決定通知書

年 月 日

様

稲沢市病院事業管理者



年 月 日付けで申込みのありました広告の掲載については、
下記のとおり決定しましたので、稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック
広告掲載事務取扱要領第 6 条第 2 項の規定に基づき通知します。

記

広告掲載の可否	掲 載 ・ 不 掲 載
掲載不可の理由	

様式第 3 （第 1 1 条関係）

稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載取消等等通知書

年 月 日

様

稲沢市病院事業管理者 印

年 月 日付けで申込みのありました広告の掲載については、
下記のとおり決定しましたので、稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック
広告掲載事務取扱要領第 1 1 条第 2 項の規定に基づき通知します。

記

取消日	年 月 日
取消理由	

様式第 4 （第 1 2 条関係）

稲沢市民病院地域医療連携ガイドブック広告掲載料還付請求書

年 月 日

稲沢市病院事業管理者 様



稲沢市民病院地域医療連携ガイドブックへの広告掲載について、下記のとおり還付を請求します。

記

請求金額	円(税込み)			
振込金融機関	銀行 金庫 農業協同組合 信用組合			本店 支店 支所
	預金種目	1 普通	2 当座	
	支店番号	口座番号		
	口座名義人(カタカナ)			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。

口座名義人は、請求者本人としてください。