

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター（岡山市立市民病院）  
納入通知書兼領収書広告募集要領

（趣旨）

第1条 この要領は、地方独立行政法人岡山市立総合医療センター有料広告掲載要綱（令和6年7月5日施行。以下「要綱」という。）の規定に基づき、地方独立行政法人岡山市立総合医療センター（以下「法人」という。）が発行する（岡山市立市民病院）納入通知書兼領収書に掲載する広告を募集するため、必要な事項を定めるものとする。

（種類）

第2条 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター（岡山市立市民病院）納入通知書兼領収書の裏面を利用した広告

（広告掲載位置及び枠数）

第3条 広告の掲載位置は、地方独立行政法人岡山市立総合医療センター（岡山市立市民病院）納入通知書兼領収書の裏面、枠数は4枠とし、広告掲載位置は法人が定める。  
※なお、予定枠数を超える応募があった場合、内容等を審議の上、選定する。

（掲載料）

第4条 掲載料は、1枠につき200,000円（消費税及び地方消費税別）  
2 広告主は、法人の発行する請求書にて、指定する期日までに掲載料を一括して前納するものとする。

（募集方法）

第5条 広告募集は、地方独立行政法人岡山市立総合医療センターホームページで行う。  
ホームページ URL (<https://okayama-gmc.or.jp/shimin/about/advertisement>)

（募集期間）

第6条 ホームページでの告知日から令和7年11月28日（金）  
※土曜日、日曜日、国民の祝日を除く。平日、午前8時30分から午後5時までを受付時間とする。  
※なお、応募数に関わらず、募集期間中であっても、状況により募集を終了することもある。

（申込方法）

第7条 広告掲載の申込者は、地方独立行政法人岡山市立総合医療センター広告掲載申込書（様式第1号）に添付書類を添えて、地方独立行政法人岡山市立総合医療センター岡

山市立市民病院用度課まで持参、または郵送するものとする。

- 2 広告原稿（制作に係る費用は、申込者の負担となります。）は、PDFのファイルで作成し、申込書を提出の際に指定するメールアドレスに提出するものとする。

電子メールの件名には「地方独立行政法人岡山市立総合センター（岡山市立市民病院）納入通知書兼領収書広告応募」とし、本文には、申込者の住所・氏名（法人にあつては名称および代表者氏名）を記入し、データを添付して提出するものとする。

＜データ提出先＞

E-mail shimin\_youdo@okayama-gmc.or.jp

（掲載枚数および掲載開始時期）

第8条 広告を掲載する枚数は、約170,000枚とする。

- 2 掲載開始時期は、令和8年6月を予定しており、前項に規定の枚数が終了するまでを掲載期間とする。（月間使用目安：約13,000枚）

ただし、在庫状況により、開始時期が前後する場合がある。

（掲載規格）

第9条 掲載規格は、次のとおりとする。

1 枠：縦31.5mm×横84mm（広告主が1枠分のスペースに応募の場合）

2 枠：縦65mm×横84mm（広告主が2枠分のスペースに応募の場合）

4 枠：縦65mm×横170mm（広告主が4枠分のスペースに応募の場合）

- 2 色数1色（青色）

（原稿の作成等）

第10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提出するものとする。

- 2 広告原稿は、広告主の責任及び負担で作成するものとする。

（掲載の決定等）

第11条 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター理事長（以下「理事長」という）は、申込書の提出があつた時は、要綱第6条に定めるところにより、広告決裁の可否を決定する。

- 2 理事長は、広告決裁の可否を決定したときには、地方独立行政法人岡山市立総合医療センター有料広告掲載審査結果通知書（様式第2号）により、申込者に通知しなければならない。

（広告内容等の審査及び協議）

第12条 広告の内容及びデザインについては、法人の信用性及び信頼性を損なうことのない

よう、要綱第3条に基づき、広告主と地方独立行政法人岡山市立総合医療センター法人本部広報室で協議後、審議を経て、理事長が決定する。

（広告内容の変更）

第13条 前条の協議・審議により、広告内容又はデザインが、要綱に抵触していると判断したときは、広告主に対して、その変更を求めるものとする。

（広告掲載決定の取消し）

第14条 理事長は、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）指定する期日までに広告掲載料を納付しない時、又は納付する見込みがない時
- （2）指定する期日までに広告原稿の提出がない時
- （3）理事長が第12条に基づき広告内容等を決定した後、広報誌発行までに、広告主としてふさわしくない事情が認められた時
- （4）法人の運営上望ましくない時

2 理事長は、広告掲載の決定を取り消す場合は、すみやかに地方独立行政法人岡山市立総合医療センター広告掲載取消決定通知書（様式第3号）により、広告主に通知しなければならない。

（損害賠償）

第15条 広告掲載内容や広告主の不祥事等により、法人が損害を被った場合（法人が直接受けた損害のほか、法人が他の広告主の損害を填補したことにより生じた損害も含む）は、理事長は、当該広告主に対し、損害賠償を求めることができる。

（広告掲載料の還付）

第16条 納付された掲載料は原則として還付しない。ただし、次の各号に該当する場合には、その全部又は一部を還付することができる。

- （1） 広告主の責めに帰さない理由により、広告が掲載できない場合
- （2） 第14条1項3号に該当し、かつ、印刷前の場合

（その他）

第17条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、理事長が別に定める。

附則

この要領は、令和7年7月28日から施行する。

(資料)

納入通知書兼領収書

(表面)

| <h2 style="margin: 0;">納入通知書兼領収書</h2> <p style="margin: 5px 0 0 40px;">保険</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                               |         | <h3 style="margin: 0;">岡山市立市民病院</h3> <p style="margin: 0;">地方独立行政法人岡山市立総合医療センター理事長<br/>〒700-8557 岡山市北区北長瀬表町三丁目20番1号<br/>Tel (086) 737-3000 (代表)</p>                                                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|-------|------|------|-----|-----|-----------|-----------|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|-----|-----|-----|------|-----------|--------|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|---------|-------|-----|--------|-----|--------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|-----|--|---------|--------|--|--|--|-----------|--|--|--|
| 患者No. _____<br>請求No. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         | <h3 style="margin: 0;">様</h3> |         | 期日 年 月 日 ~ 年 月 日<br>負担割合 年 月 日<br>納入期日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           | <h3 style="margin: 0;">予約票</h3> <p style="margin: 0;">発行日 年 月 日<br/>患者No. _____<br/>診療科 _____</p> |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">(保険給付分)/区分</th> <th>初診・再診</th> <th>医学管理等</th> <th>在宅医療</th> <th>投 薬</th> <th>注 射</th> <th>処 置</th> </tr> <tr> <td>診療報酬点数</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>患者様負担額(円)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |         | (保険給付分)/区分                    | 初診・再診   | 医学管理等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 在宅医療      | 投 薬                                                                                               | 注 射 | 処 置                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 診療報酬点数 |             |       |      |      |     |     | 患者様負担額(円) |           |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">(保険給付分)/区分</th> <th>手 術</th> <th>麻 酔</th> <th>検 査</th> <th>病 理</th> <th>画像診断</th> <th>リハビリテーション</th> </tr> <tr> <td>診療報酬点数</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>患者様負担額(円)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (保険給付分)/区分 | 手 術 | 麻 酔 | 検 査 | 病 理 | 画像診断 | リハビリテーション | 診療報酬点数 |  |  |  |  |  |  | 患者様負担額(円) |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">(保険給付分)/区分</th> <th>精神科専門療法</th> <th>放射線治療</th> <th>入院料</th> <th>DPC診療費</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td>診療報酬点数</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>患者様負担額(円)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | (保険給付分)/区分 | 精神科専門療法 | 放射線治療 | 入院料 | DPC診療費 | その他 | 診療報酬点数 |  |  |  |  |  | 患者様負担額(円) |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">(保険給付分)/区分</th> <th colspan="2">小 計</th> <th>食事療養(円)</th> </tr> <tr> <td>診療報酬点数</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>患者様負担額(円)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | (保険給付分)/区分 | 小 計 |  | 食事療養(円) | 診療報酬点数 |  |  |  | 患者様負担額(円) |  |  |  |
| (保険給付分)/区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 初診・再診   | 医学管理等                         | 在宅医療    | 投 薬                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 注 射       | 処 置                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 診療報酬点数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 患者様負担額(円)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| (保険給付分)/区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 手 術     | 麻 酔                           | 検 査     | 病 理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 画像診断      | リハビリテーション                                                                                         |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 診療報酬点数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 患者様負担額(円)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| (保険給付分)/区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 精神科専門療法 | 放射線治療                         | 入院料     | DPC診療費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | その他       |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 診療報酬点数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 患者様負担額(円)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| (保険給付分)/区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 小 計     |                               | 食事療養(円) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 診療報酬点数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 患者様負担額(円)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">(一部負担金分)/区分</th> <th colspan="2">自費分</th> </tr> <tr> <td>患者様負担額(円)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                         |         | (一部負担金分)/区分                   | 自費分     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 患者様負担額(円) |                                                                                                   |     | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">(保険給付外分)/区分</th> <th>文 書 料</th> <th>室料差額</th> <th>分娩料他</th> <th>検 診</th> <th>寝 具</th> <th>その他</th> </tr> <tr> <td>患者様負担額(円)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |        | (保険給付外分)/区分 | 文 書 料 | 室料差額 | 分娩料他 | 検 診 | 寝 具 | その他       | 患者様負担額(円) |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                 請求金額(円)<br/>うち消費税額             </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                 納付金額(円)                 <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> </div> </div> |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| (一部負担金分)/区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 自費分     |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 患者様負担額(円)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| (保険給付外分)/区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 文 書 料   | 室料差額                          | 分娩料他    | 検 診                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 寝 具       | その他                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 患者様負担額(円)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| この領収書は、収税期間の記入日付印のないものは無効です。再発行は致しませんので大切に保管してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |                               |         | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                 予 約 日 時<br/>内 容 (医師)             </div> <p style="margin: 0;">&lt; 予約がある方へのご案内 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当日診察前に自動再来受付機で受付してください。</li> <li>・予約していてもやむを得ない事情により、</li> <li>  時間がずれることもありますので、ご了承ください。</li> <li>・診察は、他の医師が代行する場合があります。</li> </ul> |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |
| 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター<br>岡山市立市民病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                               |         | <div style="text-align: center;"> <p style="margin: 5px 0;">【ご案内】<br/>お支払いは<br/>「後払いサービス」<br/>が便利です。<br/>ご利用案内は、<br/>左のQRコードから。</p> </div>                                                                                                                                                                                                                     |           |                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |             |       |      |      |     |     |           |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |     |     |     |      |           |        |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |            |         |       |     |        |     |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |            |     |  |         |        |  |  |  |           |  |  |  |

(裏面)

The diagram consists of four gray rectangular boxes arranged in a 2x2 grid. Each box contains the Japanese text '広告' (Advertisement) in yellow. The boxes are separated by thin white lines.

(様式第 1 号)

令和      年      月      日

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター 有料広告掲載申込書

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター  
理事長 松本 健五 様

事業所所在地：  
名            称：  
代    表    者：  
電   話   番   号：  
担   当   者：

⑩

下記のとおり、地方独立行政法人岡山市立総合医療センターが発行する(岡山市立市民病院)納入通知書兼領収書に広告を掲載したいので申し込みます。

記

|               |                                                                                          |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 掲載希望枠数        | 枠                                                                                        |
| 広   告   内   容 |                                                                                          |
| 添   付   物     | ・ 広告原稿<br>・ 業務内容等が分かる書類                                                                  |
| そ   の   他     | 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター有料広告掲載要綱、<br>地方独立行政法人岡山市立総合医療センター(岡山市立市民病院)<br>納入通知書兼領書広告募集要領を遵守します。 |

(様式第2号)

令和 年 月 日

様

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター  
理事長 松本 健五

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター 有料広告掲載審査結果通知書

令和 年 月 日付で申し込みのあった地方独立行政法人岡山市立総合医療センター  
有料広告掲載の可否について、下記のとおり審査結果を通知します。

記

|         |                                                                                   |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 広 告 内 容 |                                                                                   |
| 広告掲載可否  |                                                                                   |
| 掲 載 期 間 | 印刷枚数の使用（発行）が終了するまでの間とする。                                                          |
| 掲 載 料   | 円<br>※別紙、請求書にて、令和 年 月 日までにご入金下さい。                                                 |
| そ の 他   | 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター有料広告掲載要綱、地方独立行政法人岡山市立総合医療センター(岡山市立市民病院)納入通知書兼領書広告募集要領を遵守すること。 |

(様式第 3 号)

令和     年     月     日

様

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター  
理事長 松本 健五

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター 広告掲載取消決定通知書

令和     年     月     日付により、決定した下記のとおり地方独立行政法人岡山市立総合医療センター広告掲載について、下記の理由により取り消すことを決定したので通知します。

記

|         |  |
|---------|--|
| 広 告 内 容 |  |
| 取 消 理 由 |  |