

広告募集案内【定価制】
(印刷物広告掲載仕様書)

横浜市立市民病院「診療のご案内 平成 30 年度版」に広告を掲載する事業者を以下のとおり募集します。

■対象印刷物

名 称	横浜市立市民病院 診療のご案内 平成 30 年度版	
内 容	当院への患者紹介方法や診療科・部門等紹介、共同利用検査案内等を掲載した冊子で、市内を中心とした医療機関や施設、関係行政機関に配付します。 医師の顔写真入りプロフィールを掲載しており、当院への紹介時に関係機関の方々に広く活用されています。	
規格	判 型	A 4 版
	ページ数	約 180 ページ
発行部数	約 2,700 部	
発行頻度	年 1 回	
発行予定	平成 30 年 5 月下旬	
配布期間	平成 30 年 5 月～平成 31 年 4 月 (予定)	
配布方法 (対象者・場所等)	関係機関約 2,100 箇所に個別に郵送するほか、地域医療機関への訪問・医師等医療関係者の来訪時に直接配布します。	
備 考	広告掲載業者へは 5 部お送りします。	

▼表紙画像：前回 (29 年 5 月) 発行分



■広告内容

掲載場所	スペース (縦×横)	枠数	色数	広告料 (1 枠、税込)
巻末	① 137mm×180mm A4 版 1/2 面 (上段)	4 ページ分 (全 8 枠) (1 ページにつき①② 1 枠ずつ。)	4 色	20,000 円
	② 137mm×180mm A4 版 1/2 面 (下段)	1 ページ掲載をご希望 であれば、2 枠お申込 みください。		20,000 円

※ 広告料には広告代理店手数料を含みます。

■広告掲載に関する条件

横浜市広告掲載要綱、横浜市広告掲載基準その他の広告関連規程を遵守してください。
その他以下に掲げる広告は掲載できません。

- ・医療と密接な関係にあり、かつ、個人を顧客とした業種・業界
(別紙「患者総合サポートセンターが発行する媒体への広告掲載について」参照)

■原稿の制作等

初稿入稿締切	平成 30 年 3 月 28 日 (水)
最終入稿締切	平成 30 年 4 月 6 日 (金)

※ 原稿内に、「広告」である旨を明記してください。

※ 広告料には制作費 (版下・デザイン) は含んでおりません。完全データにて入稿してください。
(データ形式：PDF 又はイラストレーター、文字はアウトライン化)

※ 初稿入稿締切までに初稿を提出し、原稿内容の審査を受けてください。

広告掲載基準等に基づき、広告内容等の修正をお願いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

ださい。

次頁あり

- ※ 最終入稿締切までに審査が完了した原稿を提出してください。
- ※ 入稿時には出力見本を添えてください。
- ※ 入稿締切までに原稿をご提出いただけない場合には、広告を掲載できないこととなりますが、その場合であっても広告料はお支払い頂きますのでご注意ください。

■申込み

申 込 条 件	広告代理店のほか、広告主自らの申込みも可能です。 ※お申込時に広告主が決定していない場合は、決定後速やかに広告主の審査を受けてください。
申 込 方 法	申込書（別紙）をEメール又はFAX等で下記申込先へ送付してください。 ※複数枠の申込みも可能です。
事業者選定方法	先着順 ※1日単位で締めきります。同日に受けたお申込は同順位として取扱います。 同日内に空き枠数を越えたお申込があった場合は、横浜市が抽選を行い、決定します。 ※「同日」の扱いは、原則開庁時間とします。（午後5時15分より後に受領した申込書は、翌開庁日の午後5時15分までに受領した申込書と同順となります。） ※掲載場所は、お申込の早い順に決定します。
募 集 開 始 日	平成30年2月28日（水）
申 込 期 間	平成30年2月28日（水）～平成30年3月20日（火）
申 込 先	（担当課名）横浜市医療局病院経営本部市民病院患者総合サポートセンター （所在地）〒240-8555 横浜市保土ヶ谷区岡沢町56番地 （TEL/FAX）TEL 045-331-1961 / FAX 045-341-5269 （Eメール） by-sh-kanja@city.yokohama.jp

【患者総合サポートセンターが発行する媒体への広告掲載について】横浜市広告掲載基準に上乘せするものとして規定する。

※原則として、医療と密接な関係にあり、かつ個人を顧客とした業種・業態であれば掲載不可とする。

掲載不可の業種・業態、商品・サービス、宣伝内容	根拠
<ul style="list-style-type: none"> ・霊園、墓地、墓石、葬儀社(セレモニーホール等) ・生命保険、医療保険、疾病保険、介護保険、遺産相続、遺言信託関連 	<p>広告が患者さんやご家族の目に触れた際、立場によっては気分を害されることも十分考えられ、医療提供を行う立場として不相当と考えるため。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・病院、診療所、助産所、老人保健施設 ・施術所(あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう・柔道整復) ・介護保険法、老人福祉法、老人保健制度に規定するサービス、施設 ・その他福祉サービス、施設等 ・各種保育サービス・施設等 	<p>公立病院という立場から、医療と密接な関係にあつて、個人を顧客とした医療・福祉・保険・介護施設、商品・サービス等を宣伝するのは好ましくないため。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・個人消費を顧客とした薬局、薬店、医薬品、医薬部外品、化粧品 ・個人消費を顧客とした医療用具(健康器具、眼鏡、コンタクトレンズ等) 	
<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の求人・転職情報提供サービス 	
<ul style="list-style-type: none"> ・健康食品、保健機能食品、特別用途食品、サプリメント 	<p>安全性や有効性に関して、医師によって意見が分かれており、効果にも個人差があるため。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・その他、医療と密接な関係にある個人を顧客とした各種商品、サービス、施設等 	<p>「診療のご案内」自体が、地域医療機関や関係機関に向けて当院の診療科情報を発行するものであるため。</p>

平成23年7月作成、平成24年8月改正 横浜市立市民病院 患者総合サポートセンター

(注1) 医療と密接な関係にある業種・業態であっても、個人が顧客とは考えにくいもの(CT、X線フィルム等)については、卸問屋でなくとも掲載可とする。

(注2) 医療と密接な関係にない業種・業態であれば、個人を顧客としているものでも掲載可とする。

広告掲載申込書（印刷物・施設広告：先着順）

横浜市長

以下のとおり申し込みます。

申 込 者	所在地	〒 -		
	ふりがな 名称			
	代表者職名・氏名			
	担当者	部署名		
		ふりがな 氏名		
	連絡先	TEL/FAX	TEL	/FAX
		Eメール		
業種・事業内容				
ホームページ URL				
※「広告主」の欄は、申込者と異なる場合で決定済みの場合のみ記入してください。				
広 告 主	所在地	〒 -		
	ふりがな 名称			
	業種・事業内容			
	ホームページ URL			
申 込 内 容	募集対象事業名称	横浜市立市民病院 診療のご案内 平成 30 年度版		
	広告内容			
掲 載 場 所 ・ 枠 数 ※希望する箇所にチェック及び枠数を記入してください。	<input type="checkbox"/> A4 版 1/2 面（上段）	<input type="checkbox"/> A4 版 1/2 面（下段）		
	申込枠数 _____ 枠	申込枠数 _____ 枠		
	<input type="checkbox"/> 抽選に外れた場合、空き枠に申込みます。			
誓 約 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ・横浜市の広告関連規程を遵守します。 ・横浜市暴力団排除条例 第 2 条第 2 号から第 5 号に定められた者に該当しません。また、誓約事項に反しないことを確認するため、横浜市から役員名簿等の提出を求められたときは、速やかに提出し、横浜市が本誓約書及び該当役員名簿等を、神奈川県警察に提供することに同意します。 ・横浜市税の滞納はありません。横浜市が申込者及び広告主の市税納付状況調査を行うことに同意します。 ・申込者が広告代理店である場合、広告主に対して横浜市が定める広告料を超える金額で販売しません。 ・誓約事項と相違する事項が判明した場合、又は当該誓約事項に反した場合に、契約の相手方としないこと、契約解除を行うこと等、横浜市が行う契約に係る一切の措置について、異議の申立てを行いません。 			

※ ご記入いただいた E メールアドレス宛に横浜市広告情報メールマガジン（広告媒体に関するお知らせ）の配信を希望されますか。（希望する ・ 希望しない ・ 登録済）