長和町ケーブルテレビ施設放送依頼書

依頼者名称	
連絡先電話番号	
放送種別	□ 文字告知放送　　□ 音声告知放送
放送日	開始日：令和　　年　　月　　日（　　曜日） ～ 終了日：令和　　年　　月　　日（　　曜日）

放送原稿

※音声放送時間は緊急の場合を除き、朝の放送（午前6時）のみとなります。

※文字放送が流れる時間は曜日毎に異なりますので予めご了承ください。

※人名、地名、施設名、専門用語等をはじめとする固有名称には読み仮名を記載してください。

※また、アナウンサーが直接読める形式（口語体）で原稿を入力してください。

300字以内