　年　月　日

中なかいいネ！ロゴマーク使用承認申請書

（申請先）

中区福祉保健課事業企画担当

（申請者）

所　在　地

団　体　名

代表者氏名

　次のとおり、中なかいいネ！ロゴマークを使用したいので申請します。

　なお、使用にあたっては、第４期中区地域福祉保健計画「中なかいいネ！」ロゴ　ガイドラインに定める内容を遵守します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用物件※ | |  |
| 使用目的 | |  |
| 使用期間 | | 年　月　日から　年　月　日まで |
| 担当者連絡先 | | |
|  | （ふりがな）  氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※使用状況が分かる完成見本（写真や印刷原稿など）を添付してください。

＜区役所記入欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書受理日 | 年　月　日 |
| 使用承認・不承認連絡日 | 年　月　日 |
| 使用承認・不承認 | 承認・不承認 |