第２号様式

「千葉県地域包括ケア推進ロゴマーク」使用申込書

　　年　　月　　日

　　千葉県知事　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（使用者の所在地及び名称）

　「千葉県地域包括ケア推進ロゴマーク」の使用を、以下のとおり申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用者の名称 |  |
| 使用者の所在地 |  |
| 使用の目的 |  |
| 使用する印刷物等の内容 |  |
| 作成する作成部数又は個数 |  |
| 使用期間 | 　　年　　月　　日（　）～　　年　　月　　日（　） |
| 概ねのデザイン案（別添可） |  |
| 特記事項 |  |
| 担当者の連絡先及び氏名 |  |