年　　月　　日

いしかわ共生社会実現シンボルマーク使用申請書

石川県健康福祉部障害保健福祉課長　様

申請者　住所・所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名・名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）

いしかわ共生社会実現シンボルマーク使用基準を了承の上、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（法人名・代表者） |  |
| 住所・所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 連絡担当者氏名：電話番号：　　　　　　　　　FAX番号：E-mail： |
| 使用用途（使用目的、媒体等できるだけ詳しく記載） |  |
| 使用希望期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |
| 商用利用・非商用利用（どちらかに○をつける） | 商用利用　・　非商用利用 |

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

いしかわ共生社会実現シンボルマーク使用承認書

上記の申請については次のとおり承認します。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用用途 |  |
| 使用承認期間 |  |
| その他 |  |

年　　月　　日

石川県健康福祉部障害保健福祉課長