

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
(代表者)

印

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