（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

　（あて先）

　　滋賀県健康医療福祉部

子ども・青少年局子ども未来戦略室長

（申請者）　住　所　〒

氏　名　（法人にあってはその名称）

　　　　（代表者の氏名） 印

「すまいる・あくしょん」イメージキャラクター・あくしょんマーク使用申請書

下記のとおり、「すまいる・あくしょん」イメージキャラクター・あくしょんマークを使用したいので申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　使用するキャラクター等  ※複数選択可  ※あくしょんマークは、使用する番号まで指定すること。 | | イメージキャラクター  あくしょんマーク  Ａ群（１・２・３・４・５・６・７）  　　　Ｂ群（１・２・３・４・５・６・７） | |
| ２　使 用 目 的 |  |
| ３　使 用 方 法 |  |
| ４　使 用 期 間 | 自　　　令和　　　年　　　月　　　日  至　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| ５ 作成数 |  |
| ６　連絡先 | （担 当 者）  （電話番号） |
| ７　使 用 計 画 |  |

※注意事項

* 企画書（レイアウト、スケッチ、原稿等）、申請者の概要、その他参考となるものを添付すること。
* キャラクター等に接近して「滋賀県提供」と表記できない場合においては、その理由を明記すること。
* 氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。

「すまいる・あくしょん」イメージキャラクター・あくしょんマーク使用取扱要領第２条第２項各号に該当すると認められた場合には、直ちに使用を中止することを誓約します。

氏　名 （法人にあってはその名称）

（代表者の氏名） 印