

新潟県「健康立県スローガン・ロゴマーク」
使用申込書

令和 年 月 日

新潟県福祉保健部健康づくり支援課長 様

申込者 住所（所在地）
氏名（名称及び代表者名）

下記のとおり、新潟県「健康立県スローガン・ロゴマーク」を使用したいので、申し込み
ます。

記

| | |
|---------------------|--------------------------------------|
| 使用目的 | |
| 使用希望媒体 (希望の媒体に○) | スローガン ・ ロゴマーク |
| 使用期間 | |
| 使用方法 | |
| 連絡先 | 担当者氏名： 電話番号： FAX 番号： 電子メール： |

※使用内容が分かる資料を添付すること。