

長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマーク使用規程

(趣旨)

第1条 この規程は、長野県がん対策推進企業連携協定実施要綱（別添1）に基づき実施される長野県がん対策推進企業連携協定（以下「協定」という。）のロゴマーク（以下「ロゴマーク」という。）の使用に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規程において、ロゴマークとは、長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマークVIマニュアル（別添2）（以下「マニュアル」という。）に示すロゴマークパターンをいう。

(ロゴマークに関する権限)

第3条 ロゴマークに関する一切の権限は、長野県（以下「県」という。）に属する。

(使用の承諾)

第4条 ロゴマークを使用できるのは、協定を締結した企業・団体（以下「協定企業等」という。）及び県に限られる。

2 ロゴマークを使用しようとする協定企業等は、あらかじめ長野県知事（以下「知事」という。）の承諾を受けるものとする。

(使用の申込み)

第5条 ロゴマークを使用しようとする協定企業等は、長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマーク使用申込書（様式1）（以下「使用申込書」という。）にロゴマークの使用内容がわかる書類を添えて知事に提出し、その承諾を得るものとする。

(使用承諾の基準等)

第6条 知事は、使用申込書の内容が適当と認めるときは、ロゴマークの使用を承諾し、長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマーク使用（使用変更）承諾通知書（様式2）により、使用申請者に通知するものとする。

2 ロゴマークの使用が次の各号のいずれかに該当する場合は、知事はこれを承諾しないものとする。

- 1) 個別の商品、企業・団体が提供するサービス及びその他の企業・団体活動の内容を保証するもの又は保証すると誤認させるもの
- 2) 法令や公序良俗に反するもの
- 3) 知事の認めない募金活動等と関連付けられるもの
- 4) その他承諾することを知事が不相当と認めるもの

3 知事は、ロゴマークの使用承諾に際し必要があると認める場合には、ロゴマークの使用方法その他について、条件を付することができる。

(使用上の遵守事項)

第7条 ロゴマークを使用する者(以下「使用者」という。)は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 1) 承諾された使用項目のみに使用すること。
- 2) マニュアルに従って使用することとし、ロゴマークの一部のみを使用したり、又は変形したり、他の図形や文字と重ねて使用しないこと。

(承諾内容の変更等)

第8条 使用者が、使用承諾の内容について変更しようとする場合は、あらかじめ長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマーク使用変更申込書(様式3)を知事に提出しなければならない。

- 2) 知事は、前項に規定する申込書の内容が適当と認めるときには、承諾内容の変更を承諾し、長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマーク使用(使用変更)承諾通知書(様式2)により、使用申請者に通知するものとする。

(承諾の取消し等)

第9条 知事は、次の各号のいずれかに該当する場合は、使用承諾を取消し、使用者に対し、使用物件等の回収等の措置を請求することができる。

- 1) 使用者が、本規程に違反した場合
 - 2) 使用者が、使用承諾に付した条件に違反した場合
 - 3) 申込書の内容に虚偽のあることが判明した場合
 - 4) その他ロゴマークの使用の継続が不相当であると認められた場合
- 2) 知事は、使用者に、ロゴマークの使用状況等について報告させ、又は調査することができるものとする。

(経費等の負担)

第10条 県は、本規程によりロゴマークの使用の承諾を行った事業に対し、その実施に係る経費又は役務を負担しない。

(損失補償等の責任)

第11条 県は、ロゴマークの使用に係る損失補償等について、一切の責任を負わない。

(その他)

第12条 本規程に定めるもののほか、ロゴマークの使用に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附則

この規程は、平成26年2月4日から施行する。

(申込書類送付先)

〒380-8570(住所記載不要)長野県庁 健康福祉部保健・疾病対策課 がん・疾病対策係

(様式1)

長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマーク使用申込書

平成 年 月 日

長野県知事 様

所在地

名 称

代表者名

長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマークを下記のとおり使用したいので、承諾してください。

記

1. 使用目的

2. 使用方法

3. 使用期間

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

※使用期間は、始期「承諾日」・終期「期限なし」でも申請できます。

4. 添付書類

※ロゴマークの使用内容がわかる書類、実際の使用状況がイメージできる図案等を添付してください。

5. 担当者名及び連絡先

(様式2)

長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマーク使用（使用変更）承諾書

保疾第 号
平成 年(年) 月 日

(申請者) 様

長野県知事 阿部 守一

平成 年 月 日付けで申込みのありました長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマークの使用を、次の条件を付して承諾します。

- 1 使用期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
- 2 使用目的・方法
- 3 使用上の注意

長野県健康福祉部保健・疾病対策課

(担当者)

(連絡先)

(様式3)

長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマーク使用変更申込書

平成 年 月 日

長野県知事 様

所在地

名 称

代表者名

平成 年 月 日付け保疾第 号で使用承諾がありました長野県がん対策推進企業連携協定ロゴマークの使用内容を下記のとおり変更したいので、承諾してください。

記

1 変更内容

2 変更理由

3. 担当者名及び連絡先