（様式１）

長野県がん対策推進企業等連携協定ロゴマーク使用申込書

令和　　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等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

令和　　　年　　　月　　　日 から令和　　　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