　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

北九州市保健福祉局長　様

**「北九州市健康づくり推進プラン」ロゴマーク使用申請書**

（フリガナ）

申請者・団体名

代表者氏名

代表者生年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

住所・所在地

「北九州市健康づくり推進プラン」ロゴマーク（以下、「ロゴマーク」という。）の使用に関する要綱を承諾の上、下記のとおり、ロゴマークの使用について申請します。

なお、北九州市暴力団排除条例に基づき、身元確認のため、必要な官公庁へ照会することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用目的 |  |
| 使用期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 使用場所 |  |
| 使用方法※  （該当に○） | チラシ・冊子等印刷物　　　ＷＥＢ掲載　　　配布用グッズ  その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 連 絡 先 | 氏名：  電話：  Email： |

※ロゴマークの使用箇所がわかる資料（完成見本、レイアウト、原稿等）を添付してください。