（様式第１号）

年　　月　　日

徳島県介護人材育成事業者認証評価制度

ロゴマーク利用申請書

徳島県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業所名

代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （認証番号）　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （認証日）　　　　　年　　月　　日

徳島県介護人材育成事業者認証評価制度のロゴマークの利用の許諾を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象物件  （※１） | □　事業所の看板  □　事業所の自動車  □　職員の名刺  □　事業所のリーフレット等印刷物  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用開始 | 年　　月　　日 から |
| 添付書類  （※２） |  |
| 第３条（２）に該当する場合の理由  （※３） |  |
| 連 絡 先 | 担　　当　　者　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  電　話　番　号 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  メールアドレス （　　 　　　　　　　　　　） |

※１ 該当する対象物件にチェックを入れてください。

※２ 利用の仕方がわかる実際の原稿やサンプル等を添付してください。

※３ 該当しない場合は、記入不要です。