第１号様式（第３条関係）

令和　　年　　月　　日

　神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課長　殿

申出者

　　住　所

　　所属名

　　氏　名

（キャラバン・メイトの方はチェックしてください→　□）

神奈川県認知症の人と家族を支えるマーク等利用申出書

　次のとおり、「神奈川県認知症の人と家族を支えるマーク等」を利用したいので、申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用内容 | [例:○○研修資料への掲載、チラシ「○○」への掲載等] |
| 利用するマーク等の種類（☑を付けてください） | □ 神奈川県認知症の人と家族を支えるマーク（カラー）□ 神奈川県認知症の人と家族を支えるマーク（モノクロ）□ 神奈川県認知症の人と家族を支えるマークとキンタロウ（A）□ 神奈川県認知症の人と家族を支えるマークとキンタロウ（B） |
| 利用予定日（利用時期） |  |
| 利用予定件数 |  |

申出者連絡先

メールアドレス

※利用にあたって、マーク等のデータは電子メールでお送りします。アドレスを忘れずに御記入

ください。