|  |  |
| --- | --- |
| 送信先 | 特定非営利活動法人地域共生政策自治体連携機構  日本認知症官民協議会事務局  E-mail：c2p@network.email.ne.jp　／　FAX：03-3266-1670 |

日本認知症官民協議会ロゴマーク

使用申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 申込日 | 年　　月　　日 |
| ◆団体名等 |  | | |
| 参加団体名・企業名  関係省庁名 |  | | |
| 企業からお申込みの場合に記載  御社が加盟する参加団体名※ |  | | |
| ※官民協議会の参加団体につきましては、協議会ホームページ「参加団体一覧」をご確認ください。 | | |
| ◆記入者情報（返信先） |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 所属部署 |  | | |
| 肩　書 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| 電　話 |  | | |
| ◆使用目的等 |  | | |
| 使用目的 |  | | |
| 使用希望素材 | □ ロゴマークセット【縦組み】  □ ロゴマークセット【横組み】  □ ロゴマークのみ  □ ロゴタイプのみ  □ すべての素材一式 | | |
| カラー・モノクロの別 | □ カラー  □ モノクロ | | |
| データ形式 | □ ａｉ形式  □ jpeg形式  □ png形式  □ pdf形式 | | |