

(様式第1号)

平成 年 月 日

鳥取県知事 様

(申請者) 住 所
氏 名

印

鳥取県医師・看護師ロゴマーク使用承認申請書

下記のとおり鳥取県医師・看護師ロゴマークを使用したいので申請します。

なお、使用承認書の条件を遵守するものであり、使用条件等に違反した場合には、承認の取消を受けても異議ありません。また当該案件に係る配布物の回収等の要求についても速やかに応じることを誓約します。

記

1 使用目的	
2 使用方法	
3 連絡先	(担当者) (電話番号)

※添付書類

- ・使用方法の概要がわかるもの（レイアウト、スケッチ、原稿等）
- ・申請者の概要、状況等がわかるもの
- ・その他参考となるもの