様式第７号

年　 月　 日

伊勢市障がい者サポーター制度シンボルマーク使用承認申請書

（宛先）伊勢市長

障がい者サポーターシンボルマークを使用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人又は  団体名 |  | | 代表者  氏名 | |  |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 | |  | |
| FAX番号 | |  | |
| 認定番号 |  | E-mail | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 使用物件の  タイトル |  |
| 製作数量 |  |
| 販売の有無 | 有　（　　　　 円）　 ・ 　無 |
| 使用概要  （使用目的及び用途を簡潔に記入してください。) |  |
| 使用期間 | 年 　月 　日 ～ 　年 　月　 日 |

添付書類

(1) 見本