

[様式1]

仙台市「食育推進」ロゴマーク使用申請書

申請日： 年 月 日

仙台市健康福祉局保健衛生部
健康政策課長 あて

使用団体名 _____

住所 _____

電話番号 _____

使用責任者氏名 _____

仙台市「食育推進」ロゴマークの使用について、次のとおり申請いたします。

使用内容		
使用期間	年 月 日 ~	
連絡 担当者	氏名	※上記責任者と同じ場合は省略可
	電話番号	※上記責任者と同じ場合は省略可
	Fax	
	E-mail	
備考		

※仙台市「食育推進」ロゴマーク使用基準をご確認の上、申請をお願いします。

※ロゴマークの使用内容がわかる資料を併せて提出してください。(現物提示が困難な場合は写真等を提出してください。)

※商品販売等にかかわる場での使用については、事前にご相談ください。

※使用終了後、「仙台市『食育推進』ロゴマーク使用状況報告書」[様式2]の提出をお願いします。

[様式2]

仙台市「食育推進」ロゴマーク使用状況報告書

報告日： 年 月 日

仙台市健康福祉局保健衛生部
健康政策課長 あて

使用団体名 _____

住所 _____

電話番号 _____

使用責任者氏名 _____

仙台市「食育推進」ロゴマークの使用について、使用が終了いたしましたので、次のとおり報告いたします。

使用内容	
使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
使用状況	

※使用状況には、ロゴマークを使用したイベントや事業の名称、来場者数等を記載してください。また、ロゴマークを掲載した資料等を作成・配布した場合はその配布数もお知らせください。