

年 月 日

(あて先)

滋賀県健康医療福祉部健康寿命推進課長

(使用者) 住 所 〒

氏 名 (法人にあつてはその名称)

(代表者の氏名)

印

「健康しが」ロゴマーク使用届出書

滋賀県が取組を進めている「健康しが」の趣旨に賛同し、その発信に協力するため、下記のとおり「健康しが」のロゴマークを使用しますので、届け出ます。

記

1 使用 方 法	(できるだけ具体的に記載願います)
2 使用 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日
3 連 絡 先	(担 当 者) (電 話 番 号) (メー ル ア ド レ ス)

「健康しが」ロゴマーク

