**桐生厚生総合病院ロゴマーク(ツナグ)使用承認申請書**

令和　　年　　月　　日

桐生厚生総合病院

院長　　　　　　様

申請者名

桐生厚生総合病院のロゴマーク(ツナグ)を下記により使用したいので申請します。

上記使用に関しては，使用承認条件を遵守することを誓約します。

記

1. 使用の目的
2. 使用の具体的方法（例：○○という印刷物に掲載）

※使用イメージが分かる資料を必ず添付願います。

1. 使用期間

　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日

（使用期間は、最長１０年間とし、継続使用する場合は再度申請願います。）

1. 連絡先

住所：

電話：

ＦＡＸ：

メールアドレス：

(注)申請者の概要，使用するものの見本，その他参考となる資料を添付してください。

以上