（様式第１号）

令和　年　月　日

　（あて先）

　　滋賀県健康医療福祉部医療保険課長

（申請者）　住　所　〒

氏　名　（法人にあってはその名称）

（代表者の氏名）

**滋賀県健康づくりキャラクター使用申請書**

下記のとおり、滋賀県健康づくりキャラクターを使用したいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　使 用 目 的 |  |
| ２　使 用 方 法 |  |
| ３　使 用 期 間 | 自　　　令和　　　年　　　月　　　日  至　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| ４ 作成数 |  |
| ５　連絡先 | （担 当 者）  （電話番号） |
| ６　使 用 計 画 |  |

* 注意事項・企画書（レイアウト、スケッチ、原稿等）、申請者の概要、その他参考となるものを添付すること。

キャラクターに近接して「滋賀県健康づくりキャラクターしがのハグ＆クミ（ハグまたはクミ）」と表記できない場合においては、その理由を明記すること。

　　滋賀県健康づくりキャラクター使用取扱要領第２条第２項各号に該当すると認め

られた場合には、直ちに使用を中止することを誓約します。

氏　名 （法人にあってはその名称）

（代表者の氏名）

（様式第２号）

滋医険第　　　号

令和　年　月　日

　　○○○

○○○　　○○　○○　様

滋賀県健康医療福祉部医療保険課長

**滋賀県健康づくりキャラクター使用（変更）承認通知書**

　令和　　 年　 月　 日付けで申請のあった滋賀県健康づくりキャラクターの使用　（変更）について、下記のとおり承認します。

　なお、キャラクターの使用に関しては、滋賀県健康づくりキャラクター使用取扱要領の内容を遵守してください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　　使 用 方 法 |  |
| ２　　使 用 期 間 | 自　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  至　　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ３　 作成数 | 部 |
| ４　 使 用 条 件 | ※　承認内容に変更が生じる場合は申請すること |
| ５　　その他 |  |

（様式第３号）

令和　年　月　日

　（あて先）

滋賀県健康医療福祉部医療保険課長

　　　　　　　　　　　　　　（申請者）　住　所　〒

　　　　　氏　名　（法人にあってはその名称）

　　　　　（代表者の氏名）

**滋賀県健康づくりキャラクター使用承認変更申請書**

令和　年　月　日付け滋医険第　号で承認を受けた滋賀県健康づくりキャラクターの使用について、下記のとおり変更したいので申請します。

記

（変更の内容）

　滋賀県健康づくりキャラクター使用取扱要領第２条第２項各号に該当すると認められた場合には、直ちに使用を中止することを誓約します。

氏　名 （法人にあってはその名称）

　　　 （代表者の氏名）

（様式第４号）

滋医険第　　　号

令和　年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　滋賀県健康医療福祉部医療保険課長

**滋賀県健康づくりキャラクター使用承認取消通知書**

　令和　 年　 月　 日付け滋医険第　号で承認した滋賀県健康づくりキャラクターの使用については、下記の理由により取り消します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 承認年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 承認番号 | 第　　　号 |
| 取消理由 |  |