

推進パートナーロゴマーク、がん検診のススメチラシ 利用申込書

年 月 日

がん検診企業アクション事務局 殿

がん検診受診促進企業連携推進事業 推進パートナーロゴマーク（「マーク」）及び「がん検診のススメチラシ」（「チラシ」）の利用にあたり、平成 21 年 9 月 16 日制定（平成 23 年 7 月 12 日改訂）の「がん検診受診促進企業連携推進事業 推進パートナーロゴマーク、チラシ利用許諾要領」（「本要領」）に同意の上、下記のとおり利用許諾を申請します。

本要領に定める目的に沿い、また、本要領の規定が厳格に遵守されることを条件とし、原則として、下記にチェックを入れた範囲内でマーク及びチラシを利用します。下記の活動のいずれにも該当しないものについては、予定している活動の具体的な内容を申告し、がん検診受診促進企業連携実施本部事務局及び厚生労働省による諾否の判断に従います。

申請者		
企業・団体等の名称		
企業・団体の所在地 ご担当者様連絡先	住所	〒
	ご担当者名	印
	部署名	
	電話番号	
	F a x 番号	
	メールアドレス	

推進パートナーロゴマークを利用する予定の媒体にチェックを付けてください

広報	企業広告	商品広告（本運動への支持表明のために利用）
企業・団体の構成員とその家族、関係団体などへの啓発		
チラシ	パンフレット	ポスター
Web サイト上の表示	名刺	社内報などでの情報掲出
その他（具体的に記入してください）		

がん検診のススメちらしの利用方法にチェックを付けてください

企業・団体の構成員に配布	企業・団体の構成員の家族に配布	
関係団体に配布	事務所での掲示	啓発活動の場で配布
その他（具体的に記入してください）		