

※ 承諾には 2 週間程度の期間を頂きます。
余裕をもって申請をしてください。

令和 3 年 10 月 15 日

多治見市長

申請者

住所又は所在地 〒507-8703

多治見市日ノ出町 2-15

団体等の名称 有限会社多治見日ノ出

代表者氏名 多治見 花子

TEL 0572-22-1250

FAX 0572-25-3400

多治見市モザイクタイルミュージアムロゴマーク使用承諾等申請書

多治見市モザイクタイルミュージアムロゴマーク等を使用したく、多治見市モザイクタイルミュージアムロゴマークの使用承諾等に関する要綱第 7 条の規定により、申請します。

記

1. 使用するイメージ（該当に☑）

- ☒ ロゴマーク
☐ 外観デザイン

※どちらかにチェックを入れる。

どちらも使用する場合はどちらにもチェックを入れる。

2. 使用目的

多治見市 PR センターにて販売する為

※必ず販売予定場所を記入(配布の場合は配布場所を記入)

3. 使用物件（品目など具体的に）

タオル地のハンカチにプリント

4. 使用期間及び数量

期間：令和 3 年 11 月～

数量：初回ロット数 50 枚

※使用期間については最長 5 年間とする。

※数量が未定の場合も初回ロットを記入すること。

5. 価格（販売目的の場合）

330 円（税込）

添付書類

1. 多治見市モザイクタイルミュージアムロゴマーク等の使用の形態及び使用に係る企画の内容が分かるもの
2. 団体等の概要が分かるもの

※必ず使用例（デザイン）を添付すること。

使用例は試作品でも可。