様式第１号

|  |  |
| --- | --- |
| 全国特別支援学校知的障害教育校ＰＴＡ連合会シンボルマーク使用許可申請書  年　　　月　　　日  全国特別支援学校知的障害教育校ＰＴＡ連合会長あて  申請者の所属ＰＴＡ名：  　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名(代表者名)：　　　　　　　　　　　　　　㊞  連絡先(担当者名・電話番号)：  シンボルマークを使用したいので、シンボルマーク使用取扱要領第３条に基づき、下記のとおり申請します。  　なお、使用にあたっては、同要領に定める事項を遵守します。  記  １　申請内容 | |
| 使用目的 |  |
| 使用したい  データの選択 | ※使用したいデータを選びチェックしてください。  □全知Ｐ連シンボルマーク １　　 　 □全知Ｐ連シンボルマーク ２ |
| 使用方法 |  |
| 使用期間 | 年　　月　　日 　～ 　　 年　　月　　日 |
| 特記事項 |  |
| ２　添付書類  企画書もしくは参考となる資料を添付します。  要領第４条の各号に該当すると認められた場合は、直ちに使用を中止することを誓約  いたします。  氏名（代表者名）　　　　　　　　　　　　　　㊞ | |