

「盲人のための国際シンボルマーク」使用申請書

平成 年 月 日

法人・団体名 <small>(法人に所属している場合は 法人名も併記)</small>		(フリガナ)			
所在地		〒	電 話	F A X	
		都道府県	市 郡 区		
連絡責任者名		(フリガナ)		事業収入 <small>(自立支援法によるサービス報酬も含む)</small>	
法人・団体の概要	設立年月	昭和 年 月	主 な 申 請 団 体 の 収 入 の	助成金 <small>(他団体による助成金)</small>	
	利用者数	(毎日の利用者) 名		その他 <small>(賛助金・寄付金など)</small>	
	施設保有形態	自己所有・借上げ		収入の総額	
	該当項目に○印をつけてください				
団体の種類		<input type="checkbox"/> ① 小規模作業所 <input type="checkbox"/> ② 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> ③ NPO 法人 <input type="checkbox"/> ④ 小規模通所授産施設 <input type="checkbox"/> ⑤ ボランティア <input type="checkbox"/> ⑥ 企業 <input type="checkbox"/> ⑦ その他			
主な活動内容は、		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
使用目的					
【詳細】具体的な使用状況、数量等をご記入ください。					
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					