**「ヒアリングループマーク」利用申請書**受付番号 No.

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　月　　日

一般社団法人全日本難聴者・中途失聴者団体連合会　　　　　　　　 　 　　承諾番号 第20H- 号

理事長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者名 |  |
| （担当者名） |  |
| 申請者住所 | 〒 |
| 電話番号／FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 業種別  （○印または記入） | 行政機関　公的施設　病院機関　交通機関　金融機関　教育機関  報道機関　出版関係　企業　店舗　聴覚障害関連団体　個人  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

1. 利用目的
2. 利用場所等
3. 利用期間
4. ヒアリングループマークを使用した物品等を作成する場合は、複製数量および形態等（○印または記入）

　表示板　掲示板　ポスター　パネル　カード　シール

　その他（複製）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. ヒアリングループマークを引用または転載等で作成する場合は、作成する予定の媒体名称（○印または記入）

　広報紙(誌)　新聞　HP　ウェブ　冊子　書籍　パンフレット　リーフレット　チラシ

　その他（転載）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 備考欄（5.での媒体名称等もご記入ください）

＊申請には必ず見本原稿、見本画像を添付して下さい＊

添付資料　　　　　　　枚

※お申し出いただければaiデータ等をメール添付でお送りいたします　→　希望します　不要

* 個人以外の申請案件は“利用申請受付実績”として公表させていただくことになっております。

もし個人以外で公表を希望しない場合は、お手数ですが下記の不可に○を入れてください。

ご記入がない場合は公表可とさせていただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用申請受付実績公表について | 可 | 不可 |

* 利用申請が承諾された場合、ご希望者には「承諾書」をお送りいたします。

※承諾番号は全員に通知いたします

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承諾書のご希望の有無 | 希望 | 不要 |

＊ 当連合会HP「耳マーク活用事例」への掲載をご希望の方は全難聴事務局までご連絡ください。