

様式第1号

令和 年 月 日

静岡県健康福祉部福祉長寿局地域福祉課長 様

住 所
名 称
代表者職氏名

静岡県地域福祉課の制作物使用承認申請書

このことについて、制作物を使用したいので、下記により申請します。

記

- 1 使用する制作物の名称
- 2 使用目的・方法
- 3 使用期間
- 4 データの受け渡し方法

担当者氏名	
電話番号	
E - m a i l	