様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医師確保PRキャラクターアニメむすび丸

「ドクターむすび丸」使用許可申請書

宮城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　 所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団 体 名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者：　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（内線）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者：

　医師確保PRキャラクター「ドクターむすび丸」の使用について，下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 使用目的  （何のために，どのように使用するかを具体的に記載） |  |
| 使用内容 | ・冊子　　・チラシ　　・ポスター　　・その他（　　　　　　　　　　）  ・作成数量（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　 ） |
| 使用期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで |

【使用にあたっての注意事項】

１　営利を目的とせず，キャラクターの趣旨（宮城県の医師確保に関するもの）にふさわしい内容であること。

２　コピーライトマーク（©宮城県・旭プロダクション）及び医師確保PRキャラクター「ドクターむすび丸」の表記を付すこと。

３　画像には手を加えないこと。（画像が欠けている，線や文字などが重なっている，縦横比が変わっているもの等は不可）

４　作成した原稿は，県医療人材対策室の確認を受けること。

様式第２号

医　人　第　　　　　号

令和　　年　　月　　日

医師確保PRキャラクターアニメむすび丸

「ドクターむすび丸」使用（変更）承認証

○○○○　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宮城県知事　○　○　○　○

　医師確保PRキャラクター「ドクターむすび丸」の使用について，下記のとおり許可します。

なお，使用にあたっては，申請書に記載している注意事項に留意し，使用の目的や形態等に変更がある場合には，速やかに申し出て下さい。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 |  |
| 使用目的 |  |
| 使用形態 |  |
| 使用期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで |

様式第３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医師確保PRキャラクターアニメむすび丸

「ドクターむすび丸」使用承認変更申請書

宮城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　 所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団 体 名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代 表 者：　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（内線）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者：

　令和○○年○○月○○日付け医人第○○号で承認を受けた内容について，下記のとおり変更したいので申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 変更内容 |  |  |