（様式１０）

医療関連サ－ビスマ－クの使用状況

事業者名

※該当する事項□に、チェックをして下さい

|  |  |
| --- | --- |
|  | （マ－ク使用の有無） |
|  | □使用している |  | □過去に使用していた |  | □使用したことがない |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 　　年　　月頃まで使用 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  （マ－クの用途） □　営業活動用パンフレット等に掲載 □　業務案内書に掲載 □　標準作業書に掲載 □　納入する製品、容器等に貼付するシ－ル □　名刺に表示 □　車両に表示 □　その他 (具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

 （現在使用中の場合）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  使用しているものの現物若しくは使用状況の判る写真を、それぞれ１部添付し てください。 （表示しているマ－クの形状） □　振興会実施要領（１０の（１））に定められているマ－クの形状で表示 □　定められているマ－クの形状の一部を除いて表示 （振興会承認日　：　令和　　年　　月　　日） |

 ★マ－クの形状の一部を除く表示の一例

　 （定められているマ－クの形状） 　　　　 　　　　　（一部を除く表示の例）

