（様式３）

岩手県農福連携応援マーク使用期間更新申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部

障がい保健福祉課総括課長　　様

〒

住所

事業所名

代表者職

代表者氏名

令和 　年　 月 　日付け許諾番号　　　で許諾を受けた岩手県農福連携応援マークの使用について、次のとおり使用期間を更新したいので申請します。

記

１　商品名

２　許諾を受けている使用期間

　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

３　更新後の使用（希望）期間

　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

添付書類

（１）　商品の写真

（２）　事業所の利用者が商品の生産（製造）に従事している写真

（３）　営業許可証、製造許可証、販売先一覧（保健所の許可証等が必要な食品の場合）

（４）　事業所の概要書（パンフ等）

（５）　販売（予定）先一覧