（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）

