ヘルプマーク提供希望調査票

宛先　宮城県 保健福祉部 障害福祉課 企画推進班

ＦＡＸ：022-211-2597　メール：syoufukup@pref.miyagi.lg.jp

郵　送：〒980-8570　仙台市青葉区本町３丁目８－１

お問い合わせ先：022-211-2538（直通）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | | |
| マーク等提供希望 | 希望する　・　希望しない　（該当箇所に○を記入してください）  ※希望しない場合は，以下の記入は不要です。また，その場合は回答いただかなくても結構です。 | | | |
| 担当者名 |  | | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  | | | |
| 団体の活動範囲  （県内全域，  ○○地区など） |  | | | |
| マーク普及の  ための活動案  （勉強会で理解を深め当事者へ  紹介･･･など） |  | | | |
| 希望数 | マーク | 個 | マークの  希望個数の  考え方  （会員数など） |  |
| ポスター  （Ｂ２サイズ） | 枚 |
| チラシ  （Ａ４サイズ） | 枚 |
| 送付先住所 |  | | | |