様式第５号

|  |  |
| --- | --- |
| 全国特別支援学校知的障害教育校ＰＴＡ連合会シンボルマーク使用終了報告書  年　　月　　日  全国特別支援学校知的障害教育校ＰＴＡ連合会長あて  申請者の所属ＰＴＡ名：  　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名(代表者名)：　　　　　　　　　　　　　　㊞  連絡先(担当者名・電話番号)：  　　　　年　　月　　日付で許可（全知Ｐ連シンボルマーク使用許可　第　　　号）で  承認を受けたシンボルマークの使用について、次の通り報告します。 | |
| 使用目的 |  |
| 使用した  データの種類 | ※使用したデータを選びチェックしてください。  □全知Ｐ連シンボルマーク １　　 　 □全知Ｐ連シンボルマーク ２ |
| 使用方法 |  |
| 使用期間 | 年　　月　　日 　～ 年　　月　　日 |
| 備　　考 |  |

※使用後は、成果物（見本または写真でも可）を提出してください。