

受付印

認定特定非営利活動法人としての認定を受けるための申請書

R4年7月1日 「提出日（郵送の場合は投函日）」を記載します。 福岡県知事 殿	主たる事務所の所在地	〒●●●●-●●●● 福岡県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話 (000) 000 - 0000 FAX (000) 000 - 0000	登録簿のとおり 正確に記載します。
	(フリガナ)	トクテイヒエイリカツドウホウジン〇〇〇〇	
	法人名	特定非営利活動法人〇〇〇〇	
	(フリガナ)	トビウメ タロウ	登録簿に記載の設立日 を記載します。
	代表者の氏名	飛梅 太郎	
	設立年月日	H30年1月23日	本申請において適用するパブリックサポートテスト基準
	事業年度	4月1日～3月31日	
	過去の認定の有無 (過去の認定の有効期間) (過去に認定した所轄庁)	有・無 (自 年 月 日) (至 年 月 日) ()	<input checked="" type="checkbox"/> 相対値基準・原則 <input type="checkbox"/> 相対値基準・小規模法人 <input type="checkbox"/> 絶対値基準 <input type="checkbox"/> 条例個別指定法人 該当する基準を チェックします。
過去の特例認定の有無 (特例認定を受けた日) (過去に特例認定した所轄庁)	有・無 (年 月 日) ()		
認定取消の有無 (取消日) (取り消した所轄庁)	有・無 (年 月 日) ()		
特例認定取消の有無 (取消日) (取り消した所轄庁)	有・無 (年 月 日) ()		

特定非営利活動促進法第44条第1項の認定を受けたいので、申請します。

(現に行っている事業の概要)

法人の活動目的（受益対象者の範囲や社会にもたらす効果）や、
実際に行っている事業内容を簡潔に記入してください。

上記以外の事務所の所在地	左記の事務所の責任者の氏名	役職
〒 電話 () — FAX () —		
〒 電話 () — FAX () —		

(注意事項)

- ・ 申請書を提出する日を含む事業年度の初日において、その設立の日以後1年を超える期間が経過していなければ認定申請書を提出することができません。
- ・ 過去に認定又は特例認定の取消しを受けている場合は、その取消しの日から5年を経過した日以後でなければ認定申請書を提出することができません。
- ・ 過去に認定（有効期間の更新を除きます。）又は認定取消を複数回受けている場合は、直近の認定の有効期間又は取消日を記載してください。
- ・ 申請書には知事が別に定める書類を添付してください。
- ・ 「事務所の責任者」とは、その事務所における判断事項について責任を持って判断できる者をいいます。
- ・ 「上記以外の事務所の所在地」については、定款に記載のある従たる事務所を全て記入してください。

