

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

年月日	主たる事務所の所在地	〒840-0000 佐賀市城内〇丁目〇番〇号 電話(0952)11 1111 FAX(0952)11 1111	
	申請者の名称	トク化エイカツド ヲクダツソ マルマルマルマル 特定非営利活動法人 〇〇〇〇	
佐賀県知事様	代表者の氏名	リゾチヨウ カガ タロウ 理事長 佐賀 太郎	
	設立年月日	〇〇年〇月〇〇日	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 相対値基準・原則 相対値基準・小規模法人 <input checked="" type="checkbox"/> 絶対値基準 条例個別指定法人
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) (過去に認定した所轄庁) ()		
過去の仮認定の有無 (仮認定を受けた日) (過去に仮認定した所轄庁)	有・無 (年 月 日) (過去に仮認定した所轄庁) ()		
認定取消の有無 (取消日) (取り消した所轄庁)	有・無 (年 月 日) (取り消した所轄庁) ()		
仮認定取消の有無 (取消日) (取り消した所轄庁)	有・無 (年 月 日) (取り消した所轄庁) ()		

登記事項証明書に記載されている法人成立の年月日です。

令和3年4月以降、押印は不要です。

定款で定めている事業年度を記載してください。

適用するPSTの基準に✓を入れてください。

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)

〇〇に関する講座開催事業・・・一般市民向けに〇〇に関する講座を月1回開催
障害者総合支援法に基づく事業・・・就労支援継続B型として印刷事業や清掃事業等を実施

定款の事業名に沿って、どのような事業を行っているのか記載してください。

〒	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
〒	定款にその他の事務所を定めている場合は、ここに記載してください。 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、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。
- ・ 過去に認定又は仮認定の取消しを受けている場合は、当該取消しの日から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。)又は認定取消し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、「認定を受けるための申請書及び添付書類一覧(兼チェック表)」に掲げ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が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。

注意事項については、提出は必要ありません。