様式第17号（第19条関係）

(表)



認定特定非営利活動法人の認定の有効期間の更新の申請書

事務所における判断事項について責任をもって判断される方を記載してください。

従たる事務所を全て記載してください。

その他の事務所がない場合は「なし」と記載してください。

直近の認定の有効期間を記載してください。

登記事項証明書どおりに記載してください。

**○○○‐○○○○**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **●**年**●**月**●**日  (宛先)  滋賀県知事 | 主たる事務所の所在地 | 〒  **滋賀県○○市○○町○○番地○**  電　話（**○○○**）**○○○**－**○○○**  ＦＡＸ（**○○○**）**○○○**－**○○○** | | | | |
|  | （ふりがな） | **とくていひえいりかつどうほうじん　○○○○**  **特定非営利活動法人　○○○○** | | | | |
|  | 申請者の名称 |  | | | | |
|  | （ふりがな） | **しが　たろう**  **滋賀　太郎** | | | | |
|  | 代表者の氏名 | **△△　△△** | | | | |
|  | 事務責任者の氏名 | **●●　●●** | | | | |
|  | 担当者の氏名 | **○○○－○○○○－○○○○ ／ △△△＠●●●.××** | | | | |
|  | 担当者の連絡先  （電話番号またはメールアドレス） | **●　 ● 　●** | | | | |
|  | 認定の有効期間 | 自年月日  **△　 △ 　△**  至年月日  **■　 ■ 　■** | | パブリックサポート  テスト要件 | ■　相対値基準・原則  □　相対値基準・小規模法人  □　絶対値基準  □　条例個別指定法人 | |
|  | 認定の有効期間の満了日の  ６月前の日 | 年月日 | |  |  | |
|  | 認定の有効期間の満了日の  ３月前の日 | ✕ 年 ✕ 月 ✕ 日 | |  |  | |
|  | 事業年度 | ４月１日～３月31日 | |  |  | |
| 特定非営利活動促進法第51条第２項に規定する認定特定非営利活動法人の認定の有効期間の更新を受けたいので申請します。 | | | | | | |
| (現に行っている事業の概要) | | | | | | |
| **○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○** | | | | | | |
| **○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○** | | | | | | |
| **○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。** | | | | | | |
| **○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○** | | | | | | |
| **○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○** | | | | | | |
| **○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。** | | | | | | |
| 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 |
| **〒○○○‐○○○○ ○市○○町○○番地○** | | | **○○　○○** | | | **理事** |
| **〒△△△‐△△△△ △市△△町△△番地△** | | | **△△　△△** | | | **理事** |
| (その他の参考事項) | | | | | | |
|  | | | | | | |

※　代理申請時使用欄

|  |
| --- |
| 申請代理人  住所  氏名  （法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称および代表者の氏名）  行政書士登録番号  連絡先（電話番号またはメールアドレス） |