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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年月日(宛先)滋賀県知事 | 主たる事務所の所在地 | 〒電　話（　　　）　　　－ＦＡＸ（　　　）　　　－ |
| （ふりがな） |  |
| 申請者の名称 |  |
| （ふりがな） |  |
| 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 | 月日～月日 |
| 　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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| (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） |