

年 月 日

（あて先）浜松市長

主たる事務所の所在地
 名称
 申請者 代表者氏名 ㊟
 （代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。）
 電話番号

認定特定非営利活動法人の認定申請書

特定非営利活動促進法第44条第1項の規定により、次のとおり認定特定非営利活動法人としての認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

設立年月日	年 月 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	年 月 日 ～ 年 月 日	
過去の認定の有無 (過去の認定の有効期間)	有 ・ 無 〔 年 月 日 〕 〔 ~ 年 月 日 〕	
過去の特例認定の有無 (特例認定を受けた日)	有 ・ 無 (年 月 日)	
認定取消の有無 (取消日)	有 ・ 無 (年 月 日)	
特例認定取消の有無 (取消日)	有 ・ 無 (年 月 日)	
(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
電話番号		
電話番号		