

様式 4

法 人 概 要 書

法 人 名		
代表者	氏 名	
	住 所	〒
	電 話	
連絡 責任者	氏 名	
	住 所	〒
	電話 /FAX	
	メールア ドレス	
法人の所在地		1 代表者の住所に同じ 2 事務所等あり 住所 〒  電話
設立（活動開始） 年月日		年 月 日 特定非営利法人設立（ 年 月 日）
法人の目的		
活動内容・ 活動実績		
主たる活動場所、 または地域		
職員人数		人（役員名簿、会員名簿等を添付してください）
有する専門職資格		医師、看護師、社会福祉士、その他（ ）
ホームページ		1 有 URL（ ） 2 無

※添付書類：法人の定款等