

特定非営利活動法人日本臨床美術協会 登録団体申請書

団体名			
事務所 所在地	〒	TEL :	FAX :
		e-mail :	
発足年月日		会員数	人
設立趣旨			
代表者氏名			
代表者住所	〒	TEL :	FAX :
		携帯 :	e-mail :
会計担当者名			
住所	〒	TEL :	FAX :
		携帯 :	e-mail :
振込口座	銀行名; 普通・当座	支店名; 銀行コード;	支店コード;
	口座名義;	口座番号;	

日本臨床美術協会 御中

日本臨床美術協会が公認する団体としての登録を申請します。

当団体の活動に際しては登録団体取り扱い規程を順守します。

年 月 日

団体名

代表者名

印