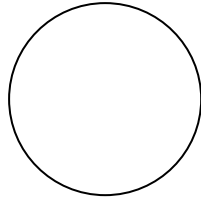
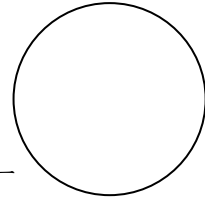


平成28年5月 日

東京都知事 殿



郵便番号 〒194-0011
東京都町田市成瀬が丘三丁目11番地4
特定非営利活動法人 臨床試験支援センター
代表者氏名 大塚 博之
電話番号 042-796-7555
ファクシミリ番号 042-796-7555



法人実印

事業報告書等提出書

前事業年度(平成27年4月1日から平成28年3月31日まで)の事業報告書等について、特定非営利活動促進法第29条（同法第52条第1項（同法第62条において準用する場合を含む。）の規定により読み替えて適用する場合を含む。）及び特定非営利活動促進法施行条例第4条の規定に基づき、下記の書類を提出します。

記

- | | | |
|---|----------------------------|----|
| 1 | 事業報告書 | 2部 |
| 2 | 活動計算書 | 2部 |
| 3 | 貸借対照表 | 2部 |
| 4 | 財産目録 | 2部 |
| 5 | 前事業年度の年間役員名簿 | 2部 |
| 6 | 前事業年度末日における社員のうち10人以上の者の名簿 | 2部 |

備考

- 特定非営利活動促進法第52条第1項（同法第62条において準用する場合を含む。）の規定により提出する場合は、1から6までの書類の提出は各1部とします。
- 特定非営利活動促進法第52条第1項（同法第62条において準用する場合を含む。）の規定により提出する場合は、「特定非営利活動法人の主たる事務所の所在地」欄に都内における事務所の所在地を併記してください。
- 5の書類は、前事業年度において役員であった者全員の氏名及び住所又は居所並びにこれらの者についての前事業年度における報酬の有無について記載した名簿のことです。