様式第2号

　　　年　　　月　　　日

**共催に関する申請書**

公益社団法人 大阪府臨床検査技師会　殿

公益社団法人 大阪府臨床検査技師会（　　　　　　　　　　）部

所　属：

連絡先：

氏　名：

下記の通り、共催による事業開催を申請いたします。

記

1.　事業の名称：

2.　開催期日： 　　　　　年　　　月　　　日

3.　開催場所：

4.　事業の概要：

5.　共催する他団体の名称および代表者氏名：

6.　費用の分担、及び費用に過不足が生じた場合の処理：

以上