

第 号
年 月 日

共催・協賛・後援 認可決定通知書

申請者 様

公益社団法人 大阪府臨床検査技師会
会長 公印

年 月 日付で申請のありました、公益社団法人 大阪府臨床検査技師会（共催・協賛・後援）申請について、下記により承認・不承認とします。

記

（承認の場合）

1. （共催・協賛・後援）の対象事業名
2. （共催・協賛・後援）の期日
開催期日： 年 月 日 ～ 年 月 日
3. 承認の条件

（不承認の場合）

不承認の理由：

以上