様式第3号

　　　年　　　月　　　日

**共催・協賛・後援事業報告書**

公益社団法人 大阪府臨床検査技師会　宛

団体名：

住　所：

連絡先：

代表者：

　　年　　月　　日付で貴会より（共催・協賛・後援）の承認を受けた事業が終了したので、下記(別紙)のとおり報告します。

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：

以上