様式第4号

　　　年　　　月　　　日

**共催・協賛・後援に関する協定書**

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： 　　　　　　　　公印

貴会との（共催・協賛・後援）事業に関し下記(別紙)のとおり協定します。

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.　費用の分担、及び費用に過不足が生じた場合の処理：

以上