

委 嘱 状

（指示医療機関名）

**湘南地区メディカルコントロール協議会
指示医療機関を委嘱します
期間は平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇
年〇月〇〇日までとします**

平成〇〇年〇月〇〇日

**湘南地区メディカルコントロール協議会
会 長 （ 氏 名 ） 印**