

委 嘱 状

（所 属 名）

（氏 名）

湘南地区メディカルコントロール協議会
登録検証医師を委嘱します
期間は令和〇〇年〇月〇日から令和〇〇
年〇月〇〇日までとします

令和〇〇年〇月〇〇日

湘南地区メディカルコントロール協議会
会 長 （ 氏 名 ） 印