

# 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