

第 号

委 嘱 状

氏 名 殿

茨城県立医療大学臨床（又は臨地）教育講師の称号を授与する  
とともに臨床実習指導者を委嘱する。

期間は令和 年 月 日までとする。

令和 年 月 日

茨城県立医療大学

学長 ○○ ○○ 印