

(様式 )

第 号

## 修 了 証

様

あなたは、HEM-Net 医師・看護師等研修において下記のと  
おりの研修を修了したことを証します

記

研修担当病院

履修研修コース

コース

(研修期間 年 月 日～ 年 月 日)

平成 年 月 日

認定NPO法人救急ヘリ病院ネットワーク

理事長 篠 田 伸 夫

日本航空医療学会

理事長 小 濱 啓 次