

(様式VI)

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法人救急へり病院ネットワーク

理事長 國 松 孝 次

日本航空医療学会

理事長 小 濱 啓 次

