

地域医療福祉研修センター利用申請書

年 月 日

地域医療福祉研修センター長 殿

地域医療福祉研修センター施設等貸出規程より、下記のとおり申請いたします。

記

利用目的									
利用日時	平成	年	月	日	午前・午後	時	分から		
	平成	年	月	日	午前・午後	時	分まで		
利用者氏名 (責任者)	(フリガナ)						印		
利用者住所	〒 -								
利用者連絡先	Tel. E-mail								
所属団体名					所属団体 連絡先	Tel.			
						Fax.			
利用施設	1 メディカルシミュレーションユニット								
	<input type="checkbox"/>	全ての教室 (101~105)				<input type="checkbox"/>	デブリーフィングルーム (101)		
	<input type="checkbox"/>	シミュレーションルーム 1 (102)				<input type="checkbox"/>	オペレーションルーム (103)		
	<input type="checkbox"/>	シミュレーションルーム 1 (104)				<input type="checkbox"/>	ナースステーション (105)		
	2 看護・介護研修ユニット								
<input type="checkbox"/>	入浴ルーム (106)				<input type="checkbox"/>	在宅・デブリーフィングルーム(107)			
機器利用有無	<input type="checkbox"/>	機器の利用有				<input type="checkbox"/>	機器の利用無し		
貸出備品	<input type="checkbox"/>	SimMan3G (体)		<input type="checkbox"/>	SimMon (体)		<input type="checkbox"/>	SimBaby (体)	
	【その他貸出備品】								
参加人数	学内	医師 名	看護師 名	介護士等 名	学生 名	その他 名	合計 名		
	学外	医師 名	看護師 名	介護士等 名	学生 名	その他 名	合計 名		
備考									

※企画内容・スケジュール等概要が分かる実施要綱、パンフレットなどを添付してください。