

兵庫大学地域医療福祉研修センター利用申請書

平成 年 月 日

兵庫大学 学長 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.		
	1 メディカルシミュレーションセンター						
利用施設	<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 A (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 B (104)		<input type="checkbox"/>	ナースステーション (105)		
	2 看護・介護研修センター						
	<input type="checkbox"/>	入浴エリア (106)		<input type="checkbox"/>	在宅生活支援エリア (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"/>	SimMom (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。