

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

センター 利用目的										
利用日時	年 月 日	午前・午後	時	分から						
	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	〒 ー									
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ユニット									
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 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		SimMan3G (体)			SimMom (体)			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。