

受付:

提出日: 月 日

山口大学医学部附属病院  
クリニカルスキルアップセンター 御中

申請者 所属:  
氏名:  
電話: 内線/PHS/携帯  
E-Mail: @yamaguchi-u.ac.jp

### 利用許可申請書

クリニカルスキルアップセンターの利用につきまして、下記により許可くださるようお願いいたします。  
なお、利用にあたっては、貴センターの利用要領を遵守します。

利用日時	月 日 ( ) : ~ 月 日 ( ) :						
利用場所	<input type="checkbox"/> A室 <input type="checkbox"/> B室 <input type="checkbox"/> C室 <input type="checkbox"/> CPR室			<input type="checkbox"/> 貸出 使用場所 ( )			
利用機器	----- -----						
利用者		医師 (3年目以上)	研修医	学生	看護師	その他 ( )	備考
	指導者 ※学内職員のみ	名	<del>名</del>	<del>名</del>	名	<del>名</del>	
	利用者 (参加者)	学内	名	名	名	名	名
学外		名	名	名	名	名	
利用目的	<input type="checkbox"/> 個人研修 <input type="checkbox"/> 職員教育 <input type="checkbox"/> 学生実習 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指導医不在の学生のみ使用は認めない</li> <li>・使用申請をしていない機器には、許可なく触れない</li> <li>・センター内での飲食禁止</li> <li>・貸出を許可され利用した機器は、申請した時間内に返却すること</li> </ul>						
撮影の同意	ホームページ、季刊誌等に掲載のため研修風景を撮影します <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない						
備考							

※臨時の利用については、電話で連絡し確認を要する

【連絡先】 クリニカルスキルアップセンター 内線: 3134 E-mail: skill-up@yamaguchi-u.ac.jp

連絡がつかない場合は、内線3129 (医療人育成センター 研修医・専門医支援部門) までお願い致します。