

受付No : \_\_\_\_\_

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。