

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 (月) :							
利用場所	☐ A室 ☐ B室 ☐ C室 ☐ CPR室		☒ 貸出 使用場所 ()					
利用機器	☐ ALSシミュレータ、ストレッチャー、AED ☐ ZOLL(新) / ☐ Philips (従来)							
	☐ レサシアンシミュレータ、ストレッチャー、AED ☐ ZOLL(新) / ☐ Philips (従来)							
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			名		
	利用者 (参加者)	学内	名	名	名	名	名	
		学外	名	名	名	名	名	
利用目的	☐ 個人研修 ☒ 職員教育 ☐ 学生実習 ☐ その他 ()							
注意事項	・ 指導医不在の学生のみ使用は認めない ・ 使用申請をしていない機器には、許可なく触れない ・ センター内での飲食禁止 ・ 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							
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 ☐ 同意する ☐ 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3138（医療人育成センター 医療・ケア研修支援部門/研修支援係）までお願い致します。