

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: X-1  
 氏名: 山大 花子  
 電話: 70000 内線/PHS/携帯  
 E-Mail: yama\_hanako @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	4 月 1 日 (月) 15 : 00 ~ 4 月 1 日 (月) 19 : 00							
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 checked="" type="checkbox"/> 貸出 使用場所 ( カンファレンスルーム )					
利用機器	<input type="checkbox"/> ALSシミュレータ、ストレッチャー、ZOLL AED、アルミマット							
	<input type="checkbox"/> レサシアンシミュレータ、ストレッチャー、ZOLL AED、アルミマット							
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>	2 名	<del>名</del>	
	利用者 (参加者)	学内	1 名	名	名	20 名	名	
		学外	名	名	名	名	名	
利用目的	<input type="checkbox"/> 個人研修 <input checked="" type="checkbox"/> 職員教育 <input type="checkbox"/> 学生実習 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
注意事項	・指導医不在の学生のみでの使用は認めない ・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 <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。