

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: @

※山大アカウントはドメイン省略可

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		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	<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"> ・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 (総務課研修支援係) までお願い致します。