

受 付：

提出日： 年 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

所 属：

氏 名：

電 話： 内線/PHS/携帯

E-Mail： @yamaguchi-u.ac.jp

申請者

## 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	開 始	月	日 ( )	:	~	終 了	月	日 ( )	:
利用場所	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> CPR					<input type="checkbox"/> 貸出 使用場所 ( )			
利用機器	----- ----- -----								
利用 者			医師 (3年以上)	研修医	学 生	看護師	その他 ( )	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>	<del>名</del>
	利用者 (参加者)	学内	名	名	名	名	名	名	
学外		名	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	・ 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することがあります <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