

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 : 1-11W  
 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 : 30 ~ 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 ( 1-11W )				
利用機器	ALSシミュレータ、SimPad、AEDトレーナー、ストレッチャー、 アルミマット (マネキンを床置きする場合)						
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	25 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 checked="" 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

連絡が見つからない場合は、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。