

スキルズラボ・シミュレータ借用申請書

信州大学医学部附属病院先端医療教育研修センター長 殿

下記のとおり、スキルズラボ、シミュレータの借用を申請します。

申請日	年 月 日			
申請者	施設名		所属	職種
	氏名		TEL	
	メールアドレス			
使用責任者 (申請者と異なる場合)	施設名		所属	職種
	氏名		TEL	
	メールアドレス			
使用期間	年 月 日 : ~ 年 月 日 : まで			
使用施設	スキルズラボ・シミュレーションルーム・借用なし			
使用 シミュレータ	①		台数	
	②		台数	
	③		台数	
研修等名				
研修等内容				
職種				
参加予定人数	受講者	名	指導者	名

- 「スキルズラボ及びシミュレータ貸出規約」を確認後、電話連絡の上、提出して下さい。
- 本申請書を提出の際、センターからの指示があった場合には、使用目的の内容を確認できるプログラム・パンフレット等参考資料を添付して下さい。

<以下、センター記入欄>

上記の通り使用を許可する。

区分	電話受付	申請書提出
日付	月 日	月 日
担当者印		

【問合せ先】

信大病院先端医療教育研修センター

電話・FAX (直通) 0263-37-2556

E-mail iryo-kenshu@shinshu-u.ac.jp