**（様式１）**

**施設・シミュレータ使用申請書**

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、施設、シミュレータの使用を申請します。

| 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 | 号室　　・　使用なし | | | | | | | | | | | |
| 使用  シミュレータ | ① | | | | | | 台数 | |  | | ﾁｪｯｸ欄 |  |
| 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 | |

１　「施設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。

２　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 | 申請書受領 | |
| --- | --- | --- | --- |
| 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