

## 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<br>(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<br>シミュレータ         | ①                    |   | 台数  |  | チェック<br>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。

## &lt;以下、センター記入欄&gt;

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