**（様式２）**

**施設・シミュレータ使用報告書**

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報告します。

報告者氏名：

| 使用責任者 | 施設名 |  | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | | 職種 | |  | | | | |
| 氏名 |  | | ＴＥＬ | |  | | | | |
| 使用日時※ | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　　　**：**　　　　～　　　　　**：** | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 使用者人数 | 受講者　　　　　　　　　　名 | | | | | | | | | |
| 指導者　　　　　　　　　　名 | | | | | | | | | |
| 使用者内訳  受講者・指導者含む | 職種 | | 人数 | | 職種 | | | 人数 | | |
| 初期研修医 | | 人 | | 臨床工学技士 | | | 人 | | |
| 医師 | | 人 | | 理学療法士 | | | 人 | | |
| 看護師 | | 人 | | 作業療法士 | | | 人 | | |
| 助産師 | | 人 | | 言語聴覚士 | | | 人 | | |
| 臨床検査技師 | | 人 | | 介護福祉士 | | | 人 | | |
| 診療放射線技師 | | 人 | | 事務 | | | 人 | | |
| 薬剤師 | | 人 | | 医学生 | | | 人 | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　）人 | | | | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　）人 | | | | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　）人 | | | | | | | | | |

| 不具合・ご意見等 |
| --- |

　 【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