

臨床シミュレーションセンター 利用申請書

令和 年 月 日

臨床シミュレーションセンター長 様

下記のとおり、利用許可をお願いします。なお、利用にあたっては、利用規則を遵守します。また、万が一、施設、設備及び備品に損害を与えた場合は、速やかにセンター長に報告し、故意又は重大な過失により損害を与えたときは、その損害を弁償します。

申請者 (代表)	所属： 氏名： 連絡先（内線等）： メールアドレス：							
指導者又は 紹介者	所属： 氏名： 連絡先（内線等）：							
利用日時	令和 年 月 日 () : ~ :							
利用目的	件名 ()							
	<input type="checkbox"/> 臨床技能指導 <input type="checkbox"/> 講習会等 <input type="checkbox"/> 学生の講義・臨床実習 <input type="checkbox"/> 自己修練 <input type="checkbox"/> その他 () (※分類に✓)							
利用する施設、設備・物品及び数量	施設、設備及び物品名(※分類に✓)							
	<input type="checkbox"/> 周産期・新生児シミュレーター室 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> 研修室(旧保育所)							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
利用	医師職	助産師	看護師	研修医	医学部生	看護学部生	その他	合計
人数	学外数							
備考	No.							

提出先：臨床シミュレーションセンター 事務局（西棟1階）

電話：052-853-8429 Fax：052-853-8436 Mail：simncu@med.nagoya-cu.ac.jp

臨床シミュレーションセンター 利用許可書

令和 年 月 日

下記のとおり利用を許可します

利用日時	令和 年 月 日 () : ~ :							
所属講座 申請代表者	所属： 氏名： 連絡先（内線等）： メールアドレス：							
利用目的	件名 ()							
備考								

・使用する際に、本書を臨床シミュレーションセンターに提出して下さい。時間外は防災センター（052-858-7504）に提示し、鍵を受け取ってください。
 ・入室・退室時には、必ず利用簿に所定事項を記入してください。
 ・センター長の許可印の無いものは無効とします。
 ・万が一、施設、設備及び備品に損害を与えた場合は、速やかにセンター長に報告して下さい。故意又は重大な過失により損害を与えたときは、その損害を弁償していただきます。
 連絡先：臨床シミュレーションセンター（西棟1階）
 電話：052-853-8429

許可印

No.