

臨床教育シミュレーションセンター 利用申請書

臨床教育シミュレーションセンター長 様

申請日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----------|-----------|------------|------------|----|-----|-----|----|
| 申請者 | 所属： | 氏名： | | | | | | | | |
| | 電話番号： | メールアドレス： | | | | | | | | |
| 指導者 | 所属： | 氏名： | | | | | | | | |
| 利用日時 | 令和 年 月 日 () | 時 分 | ～ | 時 分 | | | | | | |
| 利用目的 | ※参加費を徴収される場合は金額をご記載ください。(円) | | | | | | | | | |
| 利用施設 | 7 階 | 救急蘇生処置室→ <input type="checkbox"/> 救急① <input type="checkbox"/> 救急② <input type="checkbox"/> 救急③ | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 周産期・新生児シミュレーション室 | | | | | | | | |
| | | 身体診査・基本的臨床手技シミュレーション室→ <input type="checkbox"/> 手技① <input type="checkbox"/> 手技② | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 内視鏡・超音波シミュレーション室 <input type="checkbox"/> 呼吸管理シミュレーション室 | | | | | | | | |
| | 8 階 | <input type="checkbox"/> 手術技術室 <input type="checkbox"/> 講師室 (こちらの部屋は他の部屋と併せての利用を想定しております) | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 講義室 <input type="checkbox"/> 実習室 A <input type="checkbox"/> 実習室 B | | | | | | | | |
| | | 模擬病室 (4人床) → <input type="checkbox"/> 模擬病室 A <input type="checkbox"/> 模擬病室 B | | | | | | | | |
| | | 演習室→ <input type="checkbox"/> 演習① <input type="checkbox"/> 演習② <input type="checkbox"/> 演習③ <input type="checkbox"/> 演習④ <input type="checkbox"/> 演習⑤ <input type="checkbox"/> 演習⑥ | | | | | | | | |
| 研修室→ <input type="checkbox"/> 研修① <input type="checkbox"/> 研修② <input type="checkbox"/> 研修③ <input type="checkbox"/> 研修④ <input type="checkbox"/> 研修⑤ <input type="checkbox"/> 研修⑥ <input type="checkbox"/> 研修⑦ <input type="checkbox"/> 研修⑧ <input type="checkbox"/> 研修⑨ <input type="checkbox"/> 研修⑩ <input type="checkbox"/> 研修⑪ <input type="checkbox"/> 研修⑫ | | | | | | | | | | |
| 使用物品 研修に必要な教育機材 | <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> ディスプレイ <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> 机 (台) <input type="checkbox"/> 椅子 (台) 【必要機材】 | | | | | | | | | |
| 利用人数 | 職種 | 医師 | 初期 研修医 | 看護 保健職 | コメデ イカル | 事務職 その他 | 学生 | | | 合計 |
| | | | | | | | 医学 | 看護学 | その他 | |
| | 学内人数 | | | | | | | | | |
| 学外人数 | | | | | | | | | | |

【提出先】 名古屋市立大学病院救急災害医療センター内 (7階8階) 臨床教育シミュレーションセンター事務局

【連絡先】 電話：052-853-8429 Mail：simncu@med.nagoya-cu.ac.jp

臨床教育シミュレーションセンター 利用許可書

確定日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|------|--------------|-----|---|-----|--|--|--|--|
| 申請者 | 所属： | 氏名： | 様 | | | | | |
| 利用日時 | 令和 年 月 日 () | 時 分 | ～ | 時 分 | | | | |
| 利用目的 | | | | | | | | |
| 利用施設 | | | | | | | | |

※時間外での使用は、1階防災センターに利用許可書を提示して鍵を受け取って下さい

※利用にあたっては、利用規程を遵守し、何らかの不具合があった場合は、速やかに報告してください

故意又は重大な過失により損害を与えた場合は、弁償をご負担いただく場合があります

【連絡先】 臨床教育シミュレーションセンター事務局 電話：052-853-8429 Mail：simncu@med.nagoya-cu.ac.jp