

臨床シミュレーションセンター 利用申請書

平成 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	平成 年 月 日（ ）		： ～		：			
利用目的	件名（ ）							
	☐ 臨床技能指導 ☐ 講習会等 ☐ 学生の講義・臨床実習 ☐ 自己修練 ☐ 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					数量		
	☐ 周産期・新生児シミュレーター室 ☐ 多目的室							
	☐							
	☐							
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	うち学外							
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

平成 年 月 日

下記のとおり利用を許可します

利用日時	平成 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.