**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　□新生児室　□多目的室　□旧保育所1・2 |  |
| □ |  |
| □ |  |
| 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 | №　　　　　　　  |

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。・利用者は病院敷地内および周辺道路において喫煙しないで下さい。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 |
| № |