

# スキルラボラトリー外での機材使用申請書

申請日 令和 年 月 日

地域医療教育支援センター長  
スキルラボラトリー運営委員会委員長

スキルラボラトリーの機材のスキルラボラトリー外での使用を許可願います。持ち出し期間中の機材の保守管理・運搬については万全を期すとともに、汚損、破損等の損害を与えた場合は、当方が責任をもって行います。

氏名						印
所属						
職名						
連絡方法						
機材名・個数						個
						個
						個
						個
						個
						個
持ち出し日時	令和	年	月	日	時 分	
返却予定日時	令和	年	月	日	時 分	
使用場所						
使用目的						

【キャンセルの場合】  
貴院のIDとパスワードにてログインし、予約を取り消しするとともに下記まで、電話連絡ください。

地域医療教育支援センターTEL:087-891-2489