

# スキルラボラトリー外での機材使用報告書

所 属					職名		
代表者名							
利用日時							
利用人数	医師	研修医	看護師	学生	その他		
	名	名	名	名	名		
機材名・個数							個
							個
							個
							個
							個
							個
講習会名							
講習会内容							
シミュレータ破損・ 不具合等							

※概要が分かる資料(パンフレット等)ありましたら添付ください。

※報告書の提出は、地域医療教育支援センター事務室までお願い致します。