

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

スキルラボセンター長
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						
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、予約を取り消すとともに下記まで、電話連絡ください。

スキルラボセンターTEL:087-891-2396

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
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、スキルラボセンター事務室までお願い致します。