申請日　２０　 年 　 月　 日

医療技能シミュレーション室長　殿

**利　　用　　申　　請　　書**

医療技能シミュレーション室の利用について下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用エリア | □エリア***Ａ***　　□エリア***Ｂ***　　□エリア***Ｃ*** | | | |
| 利用機器　名　　称 |  | | | |
| 利 　　用 責　任　者 | 所属/病棟 |  | 職員番号 |  |
| 役職 |  | 氏　　　　名 | ㊞ |
| 連　絡　先 | ＰＨＳ　：  内線　： | 当日利用代表者： | |
| メールアドレス：　　　　 　@ompu.ac.jp | | |
| 利用期日 | 開始時 | ２０　　年　　月　　日( )　　　　　　時　　　　　分 | | |
| 終了時 | 時　　　　　分 | | |
| 利用目的 | □講習会 | 主催： | | |
| □自己学習 |  | | |
| □部署勉強会 |  | | |
| □その他 | 主催： | | |
| 利用者数  内訳 | □院内:　　　　　　　　　　　　□学生  ※詳細は当日利用記録に記入 | | | |
| □院外:  ※詳細は当日利用記録に記入 | | | |

（注１）利用予定日７日前までに申請書を記入し、許可を得ること。

（注２）主催を必ず明記のこと。

（注３）原則、記入内容に変更のある場合には申請を認めません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局：医療技能シミュレーション室 |  | 承　認 | 受　付 |
| 電話　072-683-1221(代表)　内線2143  Mail:career@ompu.ac.jp |  |  |  |