

申請日 年 月 日

医療人育成・支援センター長 殿

スキルラボ・アドバンス 利用申込書

スキルラボ・アドバンスの利用について、下記により承認くださるようお願いいたします。なお、利用にあたっては、管理運営要綱および利用要領を遵守します。

申請代表者

所属		内線/PHS	
氏名		E-mail	

申請内容

使用日時	年 月 日 (時 分) ~ 年 月 日 (時 分) 準備、片づけに必要な時間も含めて記入してください		
目的・理由	<input type="checkbox"/> 授業・実習 (科目:) <input type="checkbox"/> 講習会・研修会 (名称:) (主催:) <input type="checkbox"/> 自己学習 <input type="checkbox"/> その他 (名称:) (主催:)		
予定人員	教 員 名 病院職員 名 (職種:) 学部学生 名 (学部 学年) そ の 他 名 (具体的に:)		
使用する シミュレータ・機器	品 名		数 量
備 考			

注1) シミュレータ・機器についてはホームページ掲載一覧表を参考にするか、下記までお問い合わせください。

注2) 使用開始時間が事務取扱時間 (平日 9:00~17:00) 以外の場合は、予め、スキルラボ管理室 (スキルラボ・きぼう棟内) より鍵の貸出を受けてください。

注3) スキルラボは全面飲食禁止です。

----- (以下はスキルラボ担当者記載欄) -----

受付 No. <u> A </u> - _____			
管理者		担当者	

通信欄(管理用):

【連絡先】スキルラボ管理室 (スキルラボ・きぼう棟内) 直通 TEL : 080-9152-0942