

申請日 年 月 日

医療人育成・支援センター長 殿

スキルラボ・ベーシック利用申込書

スキルラボ・ベーシックの利用について、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) スキルラボ・ベーシック利用の前に、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・ベーシック利用時に空調（冷暖房）が必要な場合は、利用者が総務課施設係に申請してください。

注4) スキルラボ・ベーシックは土足禁止です。

注5) 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> B </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