

## スキルラボセンター利用許可申請書

スキルラボセンター長 殿

スキルラボセンターの利用について、下記の通り許可願います。

なお、利用にあたっては別紙誓約書を提出(初回のみ)し、利用要領を遵守いたします。

20 年 月 日

利用区分	<input type="checkbox"/> センター利用 <input type="checkbox"/> 機材借用 <input type="checkbox"/> その他( )		
利用(借用)日時	20 年 月 日 ( )		から
	20 年 月 日 ( )		まで
利用申請者	氏名		職員(学籍)番号
	所属		連絡先
	E-Mail		
利用責任者 <small>・申請者と異なる場合 ・学生利用で必要な場合は指導医</small>	氏名		職員番号
	所属		連絡先
	E-Mail		
利用人数	名	内 訳	学内 名    医師 名/研修医 名/学生 名 学外 名    看護師 名/薬剤師 名 その他( ) 名
利用機材名	消耗品:有( )・無		
利用目的	<input type="checkbox"/> 学生指導 <input type="checkbox"/> 研修医指導 <input type="checkbox"/> 看護研修 <input type="checkbox"/> サークル活動( ) <input type="checkbox"/> 自主学习		
	<input type="checkbox"/> 個人研修 <input type="checkbox"/> 指導者研修(FD) <input type="checkbox"/> その他( )		
撮影	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	利用時の写真・動画をセンターの活動報告に利用させてください	

(以下センター記入欄)

20 年 月 日

上記の通り利用を許可する

認印

※ スキルラボセンター長の  
認印の無いものは無効とする

事務記入欄			
予 約 準 備		事 後 点 検	
申込受付	許可連絡	室内	物品
/	/	/	/

【問い合わせ先】

スキルラボセンター：内線6237  
 卒後臨床研修センター：内線5205

入室 (貸出)	時間	:
	署名	
退室 (返却)	時間	:
	不具合	有・無
	署名	