

## 医療・看護技術研修用シミュレーター貸出申請書

年 月 日							
公益社団法人山口県看護協会 会長 様							
申請者 住所 〒							
氏名 (団体名及び代表者名)							
医療・看護技術研修用シミュレーター貸出要領に基づき、申請します。							
研修名							
研修月日	平成 年 月 日 ( )						
参加予定人数							
貸出目的 (□に✓を入れる)	□自施設での研修 {□新人研修 □講演会 □その他 ( )} □授業、実習 (科目 )						
研修場所							
貸出希望器材 (□に✓を入れ必要数を記入する)	<table border="0"> <tr> <td>□万能型成人実習モデル ( )体</td> <td>□採血・静注シミュレーター ( )セット</td> </tr> <tr> <td>□呼吸音聴取シミュレーター ミスターラング ( )体</td> <td>□導尿・浣腸シミュレーター 女性 ( )セット</td> </tr> <tr> <td>□吸引シミュレーター ( )体</td> <td>□導尿・浣腸シミュレーター 男性 ( )セット</td> </tr> </table>	□万能型成人実習モデル ( )体	□採血・静注シミュレーター ( )セット	□呼吸音聴取シミュレーター ミスターラング ( )体	□導尿・浣腸シミュレーター 女性 ( )セット	□吸引シミュレーター ( )体	□導尿・浣腸シミュレーター 男性 ( )セット
□万能型成人実習モデル ( )体	□採血・静注シミュレーター ( )セット						
□呼吸音聴取シミュレーター ミスターラング ( )体	□導尿・浣腸シミュレーター 女性 ( )セット						
□吸引シミュレーター ( )体	□導尿・浣腸シミュレーター 男性 ( )セット						
<b>受 取 の 方 法</b>							
【協会にて受け取る】 年 月 日 時に 協会にて受け取ります。	【協会から送付してもらう】 年 月 日に到着するように 下記住所に送ってください。						
(送付先) ※研修場所と同じ場合は同上に記載する	・住所 :〒						
	・施設名:						
	・電話番号:						
貸出時 器材受取者	ナースセンター貸出者						
<b>返 却 の 方 法</b>							
【協会へ持参する】 年 月 日 時 に協会へ持参します。	【協会へ送付する】 年 月 日 に到着するように送ります。						