

医療・看護技術研修用シミュレーター使用報告書

年 月 日

公益社団法人山口県看護協会 会長 様

報 告 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、報告します。

研修実施日	平成 年 月 日 ( )
参加者数	人
(内 訳)	・看護職員 名 (うち新人 名) ・学生 名 ・その他職員 名

借用器材および使用後の状況について

借 用 器 材	借 用 数	破損・紛失・不 具合等の有無	不具合の状況 (具体的に)
成人実習モデル		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
呼吸音聴取シミュレーター ミスターラング		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
吸引シミュレーター		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
採血・静注シミュレーター		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
導尿・浣腸シミュレーター (男性用)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
導尿・浣腸シミュレーター (女性用)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

ご意見・ご要望

研修管理担当者 氏 名 : TEL番号 :	返却者	ナースセンター受取者
-----------------------------	-----	------------