

医療・看護技術研修用シミュレータ貸出申請書

令和 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)

TEL 番号 \_\_\_\_\_

医療・看護技術研修用シミュレータ貸出要領に基づき、申請します。

研修名		
研修月日	令和 年 月 日 ( )	
参加予定人数		
貸出目的 (□に✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 自施設での研修 { <input type="checkbox"/> 新人研修 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> その他 ( )} <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 万能型成人実習モデル ( ) 体 <input type="checkbox"/> 呼吸音聴取シミュレータ ミスターラング ( ) 体 <input type="checkbox"/> 吸引シミュレータ ( ) 体 <input type="checkbox"/> 上腕部筋肉・皮下注射シミュレーター きんちゅうくん ( ) セット	<input type="checkbox"/> 採血・静注シミュレータ ( ) セット <input type="checkbox"/> 装着式採血静脈練習キット “SASUKE” ( ) セット <input type="checkbox"/> 導尿・浣腸シミュレータ 女性 ( ) セット <input type="checkbox"/> 導尿・浣腸シミュレータ 男性 ( ) セット

受 取 の 方 法

<b>【協会にて受け取る】</b> 年 月 日 時に 協会にて受け取ります。	<b>【協会から送付してもらう】</b> 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と記載する ・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

返 却 の 方 法

<b>【協会へ持参する】</b> 年 月 日 時 に協会へ持参します。	<b>【協会へ送付する】</b> 年 月 日 に到着するように送ります。
---	--