

## 医療・看護技術研修用シミュレータ使用報告書

令和 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貸出要領に基づき、報告します。			
研修実施日	令和 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	破損など不具合等の有無	不具合の状況 (具体的に)
成人実習モデル さくらⅡ		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
呼吸音聴取シミュレータ 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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
採血・静注シミュレータ		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
装着式採血静脈練習キット SASUKE		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
導尿・浣腸シミュレータ (男性用)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
導尿・浣腸シミュレータ (女性用)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
上腕部筋肉・皮下注射シミュレータ (きんちゅうくん)		<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	