令和　　　　年　　　月　　　日

クリニカル シミュレーションセンター

施設及び備品 使用申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 借用日時 | 令和　 　年　　 月　 　日（　　）　 　時　　　　　　　　　　　　 ～　令和　　 年　　 月　　 日（　　）　 　時 |
| 代表者名（施設名） |  |
| 連絡先 | 〒　 Tel  |
| 使用目的 |  |
| 使用職種・人数 | （記載例　看護師　10名　介護士　10名など） |
| 使用場所 |  |
| 支援の有無 | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用備品 | 備品使用の際は、別紙（様式1,2,3）の希望機器の使用数欄に数を記入し、使用申請書と併せて下記へ提出して下さい。 |

* 施設及び備品の使用にあたっては、破損に十分注意し、万一破損、または滅失したときは、それにより生じた損害を賠償していただくことがありますのでご注意ください。
* また、施設使用に伴う事故・傷害・盗難等に関してセンターは一切の責任を負いません。

　　【提出先】クリニカルシミュレーションセンター 事務室

ＴEL：070-6605-4036

**FAX：011-231-5433**

E-mail：**s**im-cen@**tokeidaihosp.or**.jp