**臨床技能研修センター使用承認申請書**

　　年　　月　　日

和歌山県立医科大学臨床技能研修センター管理者

教育研究開発センター長 様

所属部署 または 学年

申請者（使用責任者）氏名

連絡先（ 電話番号）

以下のとおり、使用の承認を申請いたします。

１．使用の目的

２．使用室名 使用を希望する部屋名にチェック☑をして下さい。

☐BLS・ACLS 研修室① ☐BLS・ACLS 研修室②

☐基本的手技研修室 ☐外科的手技研修室 ☐模擬病室

３．使用物品

４．期間 　　年 　　月 　　日 　　時 　　分 から 　　年 　　月 　　日 　　時 　　分まで

５．利用者数：約 　　人

利用者の内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | 学外者 | 学内者 |
|  | 人 | 人 |
|  | 人 | 人 |
|  | 人 | 人 |

６．使用する消耗品

|  |  |
| --- | --- |
| 物品名 | 数量 |
|  | 個 |
|  | 個 |
|  | 個 |

７．物品を施設外に持ち出して使用する場合

|  |  |
| --- | --- |
| 持ち出し場所 |  |
| 返却責任者 |  |