

臨床研修・キャリア支援部長 殿

由建口	左	H	
中請日	牛	月	H

※下記の内容につきご了解をいただけましたら、□欄に✔チェックをお願いいたします。							
□ 利用にあたってはス							
□ 物品の使用に関して				> 111/EX ((年1)	<u> </u>	
□ 貸出した物品に不具				> ∀ <i>1</i> +≐	を掲させか	と堪合にけ速やかに を	 空理 青
者に連絡をすること		/C-/// LI \	1547 C1C1991	1/100	JAC CI	C _M L C l c l c l c l c l c l c l c l c l c l	H ZZ IL
□ 使用者が物品を滅失	<u>-</u>	させた場	温合け そのキ	昌害のヨ	見状同復1	こ必要か宝費額を弁	営したけ
ればならない。	NISC IX	<u> </u>	<u> </u>	<u>к н 12 5</u>			<u>g 0 % ()</u>
【単日使用】							
使用日時		年	月日日	翟日	時	分 ~ 時 分	
【複数日使用】		年	月日日	翟日	時	分 から	
使用開始日時				月	日	曜日 時 分	まで
終了日時							
	(三重大	学・他の教	女育機関	(住所かり	ら記入してください)	
	所属 〒 一						
使用責任者	部署						
N/11/12 I	病棟						
	*************************************				連絡先	TEL (PHS) or メールアドレ	Z
				TEI (DHC) on X=1/7 kl/2	7		
申込者	正名 連絡先 正L (PHS) or メールアドレス			^			
使用目的							
	物品名		数	物品名数		数	
使用物品名・数							
			内訳:医師	名	、研修医	名、	
使用人数	合計 名 看護		j	名、学生	名、		
			その他	ī () 名	
使用場所	スキルズラボ						
貸出カードNo.							

※以下、臨床研修・キャリア支援部記入欄

使用料				
(内訳	建物使用	円	シミュレーション用機器類使用料	円)_

記入例

使用申請書

臨床研修・キャリア支援部長 殿

申請日 2019 年 4月22日

※下記の内容につきご了解をいただけましたら、□欄に✔チェックをお願いいたします。						
☑ 利用にあたってはス	キルズラボ使用規	見定・使用上の	注意を	と遵守する	3こと <u>。</u>	
■ 物品の使用に関して	は使用者が責任を	:持つこと。				
☑ 貸出した物品に不具	合があった場合、	滅失した場合	文はき	き損させた	こ場合には速やかに管	管理責任
者に連絡をすること。						
☑ 使用者が物品を滅失	又はき損させた場	景合は、その損	害の理	見状回復に	こ必要な実費額を弁債	賞しなけ
☑ 使用者が物品を滅失又はき損させた場合は、その損害の現状回復に必要な実費額を弁償しなければならない。						
【単日使用】	2010 7	0F A		-	40.00	
使用日時	2019年 5	月 25 日金曜	4日	.5時00	分 ~ 16 時 00 分	
【複数日使用】	年	月日曜	4日	時	分 から	
使用開始日時			月	日日	曜日 時 分	まで
終了日時						
	三重大	学・ 他の教	育機関)(住所から	5記入してください)	
	所属			₹ 123	-4567	
	部署			三重	:県○○市△△町□[□番地
/ 学内の方は	病棟 ◇◇◇病院					
部署等を記入	たりがな 氏名 三重	太郎		連絡先	直通の TEL or メールアドレス	ζ.
		7,624		ZE/M378	000-123-4567	
申込者	氏名 三重 花子			連絡先	直通の TEL or メールアドレ 000-123-4568	ス
使用目的	BLS 講習会					
	物品名	,	数		 物品名	数
具体的に	レサシアン	-	3		NA HE H	<i></i>
使用物品名・数			3			
00/14 FA E	マット		3			
	AED		J			
		内訳:医師	9.名	、研修医	2 名、	
使用人数	合計名	看護師		名、学生	2 名、	
12/11/13/		その他				
使用場所	スキルズラボ					
貸出カードNo.						

※以下、臨床研修・キャリア支援部記入欄

使用料				
(内訳	建物使用	円	シミュレーション用機器類使用料	円)_