

# 使用申請書

臨床研修・キャリア支援部長 殿

申請日 年 月 日

※下記の内容につきご理解をいただきましたら、□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定・使用上の注意を遵守すること。
- 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、滅失した場合又はき損させた場合には速やかに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】 使用日時	年 月 日 曜日 時 分 ~ 時 分			
【複数日使用】 使用開始日時 終了日時	年 月 日 曜日 時 分 から 月 日 曜日 時 分 まで			
使用責任者	所属 部署 病棟	三重大学 ・ 他の教育機関 (住所から記入してください) 〒 -		
	ふりがな 氏名	連絡先	TEL (スマートフォン) or メールアドレス	
申込者	ふりがな 氏名	連絡先	TEL (スマートフォン) or メールアドレス	
使用目的				
使用物品名・数	物品名	数	物品名	数
使用人数	合計 名	内訳：医師 名、研修医 名、 看護師 名、学生 名、 その他 ( ) 名		
使用場所	スキルズラボ			
開錠時 暗証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)