

医療・看護技術研修用シミュレータ貸出申請書

令和 年 月 日

公益社団法人広島県看護協会 会長 様

【申請者】
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、申請します。

| | | | |
|--------------------------------|---|---|---------|
| 研 修 名 | | | |
| 研 修 月 日 | 令 和 | 年 | 月 日 () |
| 参加予定人数 | | | |
| 貸 出 目 的 (□に✓を入れる) | <input type="checkbox"/> 自施設での研修 { <input type="checkbox"/> 新人研修 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> その他 ()} <input type="checkbox"/> 授業、実習 (科目) | | |
| 研 修 場 所 | | | |
| 貸出希望器材 (□に✓を入れ必 要数を記入する) | <input type="checkbox"/> リトルアン () 体 <input type="checkbox"/> ベビーアン () 体 <input type="checkbox"/> AED トレーナーⅡ () 個 <input type="checkbox"/> ALS シミュレータ アドバンスド () セット <input type="checkbox"/> フィジコ () セット | <input type="checkbox"/> 採血・静注シミュレータ “シンジョーⅡ” (腕モデル2本入り) () セット <input type="checkbox"/> 吸引シミュレータ Qちゃん () セット <input type="checkbox"/> 導尿・浣腸シミュレータ 女性 () セット <input type="checkbox"/> 導尿・浣腸シミュレータ 男性 () セット <input type="checkbox"/> 気道管理トレーナー () セット | |

| 受 取 の 方 法 | |
|--|---|
| 【協会にて受け取る】 年 月 日 時に 協会にて受け取ります。 | 【協会から送付してもらう】 年 月 日 に到着するように 下記住所に送ってください。 |
| (送 付 先) ※研修場所と同じ場合は同上と記載する | |
| ・住 所 :〒 | |
| ・施 設 名: | |
| ・電 話 番 号: | |

| 返 却 の 方 法 | |
|---|--|
| 【協会へ持参する】 年 月 日 時 に協会へ持参します。 | 【協会へ送付する】 年 月 日 に到着するように送ります。 |

管理担当者

氏 名 :

TEL番号 :