

申請日：令和 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院スキルラボ利用申請書

【申請する前に】
※必ず利用規則を読み、同意された方は下記の太枠に記入して、使用2週間前（休日を除く）までに臨床教育研修センターまでFAXまたは郵送でお申込みください。申込状況を確認し、折り返しご連絡いたします。
※シミュレータその他機器の利用はスキルラボ内に限ります。

利用日時 (準備・片付け含)	令和 年 月 日 () 時 分
	令和 年 月 日 () ~ 時 分
準備・片づけを除く 実際の利用時間	時 分 ~ 時 分
利用目的	
利用機器及び台数	例) 採血静脈シミュレーター 1体
備考	
利用人数	医師 名 / 看護師 名 / 医学生 名 / 看護学生 名 / その他 名
利用責任者	氏名
	勤務先
	所属・役職
	連絡先 TEL : FAX :
	メール @

※利用者は準備・片づけを責任もってお願いします。消耗品は各自で準備してください。
※利用にあたっては、利用規則を遵守し、みなとスキルラボ施設長の指示に従ってください。
※備品、シミュレータ、施設に破損・紛失などがあった場合は、賠償していただきます。
※使用後は、利用報告書をFAXまたは郵送でお送りください。

(みなとスキルラボ記入)

施設長	研修センター