

報告日：令和 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院スキルラボ利用報告書

利用日時 (準備・片付け含)	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	時 分 時 分	
利用機器及び台数	利用した機器	台数	返却状態
			<input type="checkbox"/> 破損なし <input type="checkbox"/> 破損あり
			<input type="checkbox"/> 破損なし <input type="checkbox"/> 破損あり
			<input type="checkbox"/> 破損なし <input type="checkbox"/> 破損あり
			<input type="checkbox"/> 破損なし <input type="checkbox"/> 破損あり
			<input type="checkbox"/> 破損なし <input type="checkbox"/> 破損あり
利用後チェック項目	<input type="checkbox"/> 利用施設、機器の整理整頓 <input type="checkbox"/> 消灯・空調停止 <input type="checkbox"/> 施錠・鍵返却		
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			
連絡先	TEL : FAX :		
その他報告事項			

1. 備品や機器、施設に異常がある場合は「その他報告事項」に必ず記載してください。
2. この報告書は、利用日（返却日）の翌日（休日を除く）までに、臨床教育研修センター宛て 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