

受付番号()

令和 年 月 日

総合臨床研修センター施設使用実績報告書

使用日時：令和 年 月 日(曜日) 時 分～時 分

所 属：

実施責任者名： 連絡先

実施責任者は、研修センター施設の使用后、必ず本様式を提出してください。ご提出いただけない場合は、次回以降の使用は認められませんのでご注意ください。

【院内使用者記載欄】

医 師	名
歯 科 医 師	名
研修医(医科)	名
研修医(歯科)	名
看 護 師	名
薬 剤 師	名
臨床技術部	名

事 務 職 員	名
そ の 他	名
医 学 生	名
歯 科 学 生	名
看 護 学 生	名
その他学生	名

【院外使用者記載欄】

医 師	名
歯 科 医 師	名
研修医(医科)	名
研修医(歯科)	名
看 護 師	名
薬 剤 師	名
臨床技術部	名

事 務 職 員	名
製 薬 会 社	名
そ の 他	名
医 学 生	名
歯 科 学 生	名
看 護 学 生	名
その他学生	名

研修センター施設使用後は、必ず以下の事項を確認していただき、本様式を総合臨床研修センター事務に提出してください。

【部屋の使用】

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> エアコンのON/OFFの確認 | <input type="checkbox"/> プロジェクターの電源のOFF |
| <input type="checkbox"/> プロジェクタースクリーンの収納 | <input type="checkbox"/> PC周辺、机、椅子等の現状復帰 |
| <input type="checkbox"/> 使用した機器に不具合がないか | <input type="checkbox"/> 忘れ物の確認 |

シミュレータ使用後は、不具合等がないか確認をお願いします。

使用したシミュレータ名	使用後確認	シミュレータの使用人数
	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	

本件に関する問い合わせ先 275-6648(内6648)
275-6672(内6672)