|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| センター長 | 副センター長 | 総務課長 | 課長代理 | 臨床研修係長 | 臨床研修係 |
|  |  |  |  |  |  |

鹿児島大学病院総合臨床研修センター施設使用申請書

申請日：令和　　年 　　月　　日

総合臨床研修センター長　殿

　下記のとおり、鹿児島大学病院総合臨床研修センター施設の使用を申請します。

なお、物品の使用にあたっては、注意事項を遵守し、使用期間中に生じた損害は全て、

責任者：所属

氏名

が責任を持って賠償いたします。

　実施担当者が、責任者と異なる場合はご記入下さい。

所属

氏名

連絡先

※使用に関する注意事項等については、総合臨床研修センター施設使用に関する申し合わせの内容をご確認いただき、センター施設の使用後は必ず実績報告書をご提出ください。

なお、主催者が学外の方である場合は、施設利用料金が生じますのでご注意ください。

１　使用希望場所 □演習室１　□演習室２　□演習室３　□演習室４　□演習室５

□演習室６　□演習室７ □演習室７（前室） □ セミナー室

２　使用希望日時　　自　令和　　年　　月　　日　　　時　　分

 　　 至 令和　　年　　月　　日　　　時　　分

３　使用目的（講習会名、主催者名等を記入して下さい）　　　　　参加費徴収（有・無）

４　使用人数　計　　名（医師　 名・看護師　 名・職員　 名・学生　 名・学外者　 名）

主な学外者の構成：

５　使用物品等（使用物品名・数量を記入して下さい。）

＜記入例＞物品名：新生児シミュレータ　SimNew B 　数量：１

　鹿児島大学病院総合臨床研修センター施設使用許可書

責任者　　　　　　　　　　殿

 上記の使用を許可します。　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

 総合臨床研修センター長