

Clinical Simulation Laboratory 利用申請書

医学教育センター長 殿

下記のとおり利用を申請いたします。

申請日	年 月 日 ()	
申請者情報		
	申請者	指導者
氏名		
所属		
資格 (該当に ☒)	☐ ACLS インストラクター・プロバイダー ☐ 外科系専門医・認定医 ☐ BLS インストラクター・プロバイダー ☐ 内科系専門医・認定医 ☐ BLS 研修済み ☐ C. S. Lab.実習履修済み (5、6年生の自習者)	
電話番号	☐ 院内 PHS ☐ 内線番号 ☐ 携帯電話	
e-mail ※学内メール	_____@nms.ac.jp	
利用内容		
利用目的	☐ 自習 ☐ 講義 (実習) ☐ 講習会 ☐ その他	
科目名、 主催など	「講義 (自習)」を選択した場合には科目名、「講習会・研修会」、「その他」を選択した場合に、主催 (医局・団体等) の記載をお願いします。	
利用日時	_____ 年 月 日 () : ~ :	
利用場所	☐ C. S. Lab. 1 (A+B) ☐ C. S. Lab. 1A ☐ C. S. Lab. 1B ☐ C. S. Lab. 2	
利用者数	_____ 名 対象: ☐ 学生 ☐ 研修医 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ その他	
内容	例: 縫合の練習、BLS の練習、BSL の腰椎穿刺の実習、研修医の内視鏡手術の実習、ACLS のデモ	
使用機器名		
備考		

この用紙は、土曜、日曜、祝日及びホームページから申請ができない時に使用するものです。

○この用紙に書き込み、**メール (cslab@nms.ac.jp 宛)** でお送りください。

○メールで利用許可証を発行しますので、印刷して室内の受付に提出してください。時間外の場合は許可証を提示して守衛室 (図書館前) から鍵を借りてください。

○取り消す場合は同様に速やかに連絡してください。