

シミュレーター借用書

年 月 日

1. 品名：

機器番号

※センター担当者記載欄

- 1) ()
2) ()
3) ()
4) ()
5) ()

2. 借用目的・利用者（例：病棟新入看護職員対象のBLS研修）：

3. 機材使用予定場所（病棟名、会議室名等）：

4. 借用責任者 ※診療科長・センター長・看護師長など最終責任者のお名前をご記載ください

氏名：

5. 借用者（予約申請者）

氏名： (内線/PHS：)

6. 貸出期間： *貸出期間は、利用開始日を含めて3営業日（平日3日間）です。

年 月 日 ~ 月 日

シミュレーター受取時記載欄 ※必ず記入のこと

所属（診療科（部）/病棟名	受取担当者氏名
---------------	---------

シミュレーター返却時記載欄 ※必ず記入のこと

返却年月日	返却担当者氏名
-------	---------

7. 遵守事項：

最近シミュレーターや医療機器類の一部が紛失しており、また、使用後に整理整頓ができていない事実が判明しました。このようなことが今後も続いた場合、シミュレーションセンターの適正な管理・運用に支障を来すことになり、結果貸出運用を停止せざる得なくなります。

以下、遵守事項をご一読の上、使用ルールを守っての利用にご理解とご協力をお願いします。

- (1) シミュレーター機器を返却する際は、付属品等含めて検品を行い、返却忘れがないようにすること。
- (2) 機器類は、コード類や付属品等を整理整頓の上、専用ケースに収納すること。
- (3) 不具合があった場合、使用中の破損・変形・紛失などが発生した場合は『使用報告書（実施報告書）』にて必ず報告を行うこと。
- (4) 期間内で返却が難しい場合は、必ず以下の担当宛に連絡と相談をすること。
※事前連絡なしの返却延滞の場合は、次回以降の貸出を制限させて頂く場合があります。

※破損・紛失の未報告等、明らかな不備が判明した場合は、借用者（申請者）ならびに所属長宛に連絡をさせて頂く場合があります。