

シミュレーター借用書 (一般貸出用)

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 (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. 借用者 (予約申請者) :

氏名 : (内線/PHS :)

5. 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
-------	---------

6. 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。