

東大病院クリニカルシミュレーションセンター
シミュレーション機器の特別貸出申請

1. 申請日：_____年_____月_____日
2. 特別貸出の希望期間：_____年_____月_____日から_____年_____月_____日
3. 申請者：(氏名) _____ (職名) _____ (連絡先) _____
注) 申請者は、部署の責任者など（師長、科長など）
4. 連絡担当者：(氏名) _____ (職名) _____ (連絡先) _____
注) 連絡担当者は、実際に機器の貸出や返却に対応する方
5. 貸出希望機器名と個数
 - ・ _____ () 個
 - ・ _____ () 個
6. 貸出理由
 - (a) 実際の現場におけるシミュレーショントレーニングに用いるため
 - (b) その他（以下に、センター外でトレーニングを行う必然性について、簡潔にご記載ください）
7. トレーニングの概要（以下の項目について簡潔にご記載ください）
 - ・ 目的：
 - ・ 場所、人数：
 - ・ トレーニング内容：
8. 確認事項
 - ☐ 申請者は、特別貸出期間中において、適切な注意を払って機器を管理します
 - ☐ 申請者又は連絡担当者は、特別貸出期間中に、貸出機器の紛失、破損、汚損があった場合、あるいは不具合を発見した場合、速やかにセンターまでご連絡ください
 - ☐ 申請者又は連絡担当者は、貸出期間の終了までに機器をご返却ください
9. 申請者の署名（連絡担当者ではありません）

1-8 の申請内容及び 9 の確認事項について承知の上、申請いたします。

署名： _____