



京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センター
Kyoto University Hospital Integrated Clinical Education Center

【お申込み前に必ずお読みください】

貸出希望者各位

京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センター管理下のシミュレータを貸出依頼する前に下記の同意書を必ずお読みいただきますようお願いいたします。本同意書により貸出シミュレータの使用が貸出シミュレータ使用者に許諾されます。また、本同意書には禁止事項及び免責の規定が含まれています。貸出希望者が学外貸出依頼書を使用し、貸出をご依頼されることは、本同意書の条件に同意したことになります。

同意書

1. (使用目的の制限)

当シミュレータ及び関連器具を、申請施設1カ所で使用すること。

2. (禁止事項)

以下の行為を一切行わないこと。

当シミュレータ及び関連器具をさらに別の個人または団体に貸与すること。

3. (保管)

当シミュレータ及び関連器具を善良なる管理者の注意義務を持って厳重に管理し、当シミュレータ及び関連器具を含む物件につき消失盗難、押収などの事故が起きた場合は、直ちにその旨を京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センターまで連絡すること。

4. (免責)

京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センターは、当シミュレータ及び関連器具の使用あるいは使用不能から生ずる一切の損害に関して、いかなる場合も責任を負わないこと。

また、貸出期間中に損傷、紛失した場合は、借用元の負担により当センターに弁償を行うこと。

5. (使用期限)

貸出期限は、当センター運搬後より2週間(14日間)とする。

6. (使用問い合わせ)

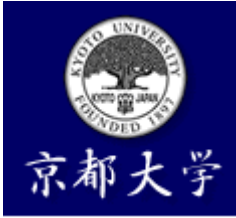
当シミュレータ及び関連器具に関する技術的な問い合わせは、メールあるいはFAXにて行うこと。

7. (点検)

当シミュレータ及び関連器具貸出及び返却時、講習会開始及び終了時に、必ず物品の員数確認を行うこと。

8. (貸出及び返還時の運搬)

貸出希望期間内に、研修センターに当シミュレータ及び関連器具を運搬する際の運搬及び料金は貸出希望者をご負担することをご了承いただくこと。



京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センター
Kyoto University Hospital Integrated Clinical Education Center

貸出希望者各位

京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センター管理下のシミュレータを学外に持ち出す際は、以下のとおり物品の員数確認をしていただきますようお願い申し上げます。

1. 物品 1 台につきチェックシートが 1 枚あります。(貸出時にお渡しします。)
2. 京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センターから運び出す際に、各物品の員数及び不足、破損等を確認し、「センター」欄にチェックしてください。
3. 物品使用前に、各物品の員数及び不足、破損等を確認し、「開始時」欄にチェックしてください。
4. 物品使用后に、各物品の員数及び不足、破損等を確認し、「終了時」欄にチェックしてください。
5. 京都大学医学部附属病院総合臨床教育・研修センターへ返却した際に、各物品の員数及び不足、破損等を確認し、「センター」欄にチェックしてください。
6. 「サイン」欄には、実際にチェックを行った方のサインをお書き下さい。
7. 返却時に、貸出機材リストと各チェックシートを併せてご提出下さい。



シミュレータ学外持ち出し依頼書

この依頼書は、「総合臨床教育・研修センター」に管理されている「シミュレータ類」を学外に持ち出し、使用する際に記入していただく書類となります。原則として京都大学関係者が参画する講習会のみを持ち出しとさせていただきます。

シミュレータ及び関連器具は善良なる管理者の注意義務を持って、厳重に管理してください。

申請日：平成 年 月 日

貸出依頼物品名・数量	
搬出予定日	年 月 日() 午前・午後 時ごろ
返却予定日	年 月 日() 午前・午後 時ごろ
講習会開催日	年 月 日()
講習会名	
開催地	

上記のとおり相違ありません。シミュレータの学外持ち出しの許可をお願いいたします。

学内責任者氏名	氏名	印
学内責任者所属部局/職名	所属	職名
学内責任者連絡先内線/PHS	連絡先内線	PHS
学内責任者 E-mail address	E-mail:	@
学外責任者氏名	氏名	印
学外責任者所属機関/職名	所属	職名
学外責任者所属機関連絡先	TEL:	
学外責任者 E-mail address	E-mail:	@