

総合臨床教育・研修センター 施設・物品使用願

(センター受付日 / /)

申請日 平成 年 月 日

申請者 所属/職名 _____ / _____ 氏名 _____
 (内線・PHS _____)

※実質連絡先 所属/職名 _____ / _____ 氏名 _____
 (申請者以外にあれば) (内線・PHS _____)

使用日時 平成 年 月 日 () 時 分から
 平成 年 月 日 () 時 分まで

使用施設 研修室 カンファレンスルーム その他 (_____)

使用目的 { 内容 : _____ }
 { 対象 : _____ }

参加人数 学内関係者 計 _____ 名 学外関係者 計 _____ 名

使用物品 (斜字は貸出時に裏面で番号チェックを)

物品名	数	使用数	備考	物品名	数	使用数	備考
レサシアン	25			バックバルブマスク	24		うち小児4
リトルジュニア	20			気道管理トレーナー	8		
ベビーアン	20			気道管理セット	6		
フォッキングチャージ	2			ポケットマスク	39		
AED トレーナー	26			マット	60		
ハートシム・PC	6			点滴台	9		
モニター付DC	8			救急カート	4		

その他 (物品名と台数を記入、消耗品等も記入のこと)

注) 貸出期間中(持出日から最長2週間)に損傷・紛失の場合、借用元負担により当センターに弁償を行う。

注) 申請者が学生の場合は、指導教員の署名・捺印を受けること。

※指導教員名 _____ 印

FAX 返送先 (075) 751-3091 総合臨床教育・研修センター