**スキルスラボ・シミュレータ使用報告書**

長野県立病院機構本部研修センター長　殿

下記の通り、スキルスラボ、シミュレータの使用を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 報告者 | 施設名 |  | 所属 |  | 職種 |  |
| 氏名 |  | TEL |  |
| メールアドレス |  |
| 使用責任者（報告者と異なる場合） | 施設名 |  | 所属 |  | 職種 |  |
| 氏名 |  | TEL |  |
| メールアドレス |  |
| 使用日時 | 　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　：　　　～　　　　：　　　　 |
| 使用施設 | スキルスラボ１　　　・　　スキルスラボ２　　・　　スキルスラボ３　　・　　使用なし |
| シミュレータ | ① | 台数 |  |
| ② | 台数 |  |
| ③ | 台数 |  |
| 研修名 |  |
| 開催回数※ | 　　　　　　回 | 使用日時※ | 　　　年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　 |
| 参加人数※ | 受講者 | 　　　　　名（機構内　　　名　・　機構外　　　名） | 指導者 | 　　　名 |
| 職種 | 研修に参加した全職種を記入して下さい。（新人看護師は“新人看護師”と記入） |

* 複数回開催した場合は回数、日時、人数を様式2-2に全て記入して下さい。

|  |
| --- |
| 不具合・ご意見等 |

シミュレータ貸出・返却チェックリストと一緒に提出して下さい。

＜以下研修センター記入欄＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 貸出日 | 返却日 |
| 日付 | 月　 日 | 月 　日 |
| 担当者 |  |  |

　【問合せ先】地方独立行政法人長野県立病院機構本部研修センター

電話 026-246-5540　ﾌｧｸｼﾐﾘ 026-246-5559

E-mail honbu-kensyu@pref-nagano-hosp.jp