

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