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。

4	ŧ	月	日						
施設名					所属			職種	
氏名					TEL				
メールア	ドレス				-				
施設名					所属			職種	
氏名					TEL				
メールア	ドレス								
	年	月	B		:	~	:		
スキ	ルスラ	ボ1	-	スキルス	ラボ2	· ス=	キルスラオ	₹3	使用なし
1)								台数	
2								台数	
3								台数	
		回	使用	日時※	年	月日	3 :	~	:
受講者 名 (機構内 名 · 機構外 名) 指導者 名									
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) 職種									
	施設名 氏名 メールア 施設名 氏名 メールア 3 受講者	氏名 メールアドレス 施設名 氏名 メールアドレス 年 スキルスラ ① ② ③ ③	施設名 氏名 メールアドレス 施設名 氏名 メールアドレス 年 月 スキルスラボ1 ① ② ③ ③	施設名 氏名 メールアドレス 施設名 氏名 メールアドレス 年 月 日 スキルスラボ1 ・ ① ② ③ ③ 回 使用 受講者 名 (機構内)	施設名 氏名 メールアドレス 施設名 氏名 メールアドレス 年 月 日 スキルスラボ1 ・ スキルス ① ② ③ ③ 回 使用日時※ そ (機構内	施設名 所属	施設名	施設名 所属 所属 所属 が	施設名 所属 職種

※ 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 ファケシミリ 026-246-5559 E-mail honbu-kensyu@pref-nagano-hosp.jp