

スキルスラボ・シミュレータ借用申請書

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、シミュレータの借用を申請します。

申請日	年 月 日					
申請者	施設名		所属		職種	
	氏名		TEL			
	メールアドレス					
使用責任者 (申請者と異なる場合)	施設名		所属		職種	
	氏名		TEL			
	メールアドレス					
使用期間	年 月 日 : ~ 年 月 日 : まで					
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 ・ 借用なし					
シミュレータ	①		台数			
	②		台数			
	③		台数			
研修名						
研修内容						
職種						
参加予定人数	受講者	名 (機構内 名 、 機構外 名)			指導者	名

- 1 スキルスラボ及びシミュレータ貸出規約を確認後、電話連絡の上、提出して下さい。
- 2 本申請書を提出の際、研修センターからの指示があった場合には、使用目的の内容を確認できるプログラム・パンフレット等参考資料を添付して下さい。

<以下研修センター記入欄>

上記の通り使用を許可する。

区分	電話受付	申請書提出
日付	月 日	月 日
担当者印		

【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