（様式２）

**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

下記のとおり、スキルスラボ、シミュレータの使用を報告します。

報告者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用責任者 | 施設名 |  |
| 所属 |  | 職種 |  |
| 氏名 |  | ＴＥＬ |  |
| 使用日時※ | 令和　　　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 ・ コントロールルーム ・ 使用なし |
| シミュレータ | ① | 台数 |  |
| ② | 台数 |  |
| ③ | 台数 |  |
| 研修名 |  |
| 利用者人数※ | 受講者　　　　　　　　　　名（機構内　　　　名　・　機構外　　　　名） |
| 指導者　　　　　　　　　　名（機構内　　　　名　・　機構外　　　　名） |
| 利用者内訳※受講者・指導者含む | 職種 | 人数 | 職種 | 人数 |
| 初期研修医 | 　　　 　　　　人 | 臨床工学技士 | 人 |
| 医師 | 　　　 　　　　人 | 理学療法士 | 人 |
| 看護師 | 　　　 　　　　人 | 作業療法士 | 人 |
| 助産師 | 　　　 　　　　人 | 言語聴覚士 | 人 |
| 臨床検査技師 | 　　　 　　　　人 | 介護福祉士 | 人 |
| 診療放射線技師 | 人 | 事務 | 人 |
| 薬剤師 | 人 | 医学生 | 人 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　）人 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　）人 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　）人 |

**※複数回実施した場合は、使用日時、利用者人数、利用者内訳を様式2-2に全て記入してください。**

|  |
| --- |
| 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。

　【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