

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