

医歯学教育システム研究センター「スキルス・ラボ I」予約外利用届

平成 年 月 日

医歯学教育システム研究センター長 殿

利用者 (責任者)	所属 住所 職名	〒	Tel	氏名	印
--------------	----------------	---	-----	----	---

下記のとおり医歯学教育システム研究センター「スキルス・ラボ I」を利用したいので届け出ます。

記

利用の目的	1. 研究使用(本邦の医療者教育に関わる教員・研究者等が臨床技能実習の研究・研修を行うもの)			
	2. 実技使用(実技研修・学習目的)			
	3. その他 ()			
利用物品				
消耗品利用	1. なし 2. あり ()			
利用人数	名, 内訳(教職員 名、学外者 名、センター職員 名)			
レクチャールーム	1. 利用なし 2. 利用あり(午前・後 時 分～ 時 分)			
利用時間	自 平成 年 月 日 () 午前・後 時 分			
	至 平成 年 月 日 () 午前・後 時 分			
特記事項				
学内利用者	氏 名	所 属	氏 名	所 属
学外利用者	氏 名	所 属	氏 名	所 属

(注) 1 消耗品の利用は許可のない場合はできません。
2 記入欄が足りない場合は、別紙を使用して下さい。
3 機器の利用は、使用法を熟知している場合のみに許可されます。説明会に出ていない人は利用しないで下さい。