

様式第3

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

	所属	_____		
利用者	住所	〒	_____	TEL _____
(責任者)	職名	_____		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)				
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