

医歯学教育システム研究センター「スキルス・ラボ I」利用申請書

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 〒 氏名 印 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」を利用したいので申請します。

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 利用者は原則として**利用日の7日前まで**に、利用申請書を管理室へ提出して下さい。  
 2 記入欄が足りない場合は、別紙を使用して下さい。

承認欄	上記の内容について承認します。 医歯学教育システム研究センター長 (代理 教授) 印
-----	--