

医歯学教育システム研究センター「スキルス・ラボ」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 〒 職名 氏名 印

(学内利用申請者は住所の記入は必要ありません)

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」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 ()			
利用機材	クリンシム・デントシム・その他 ()			
消耗品利用	バー・人工歯・手袋・マスク・コンポジットレジン・即重・アルジネート・その他 ()			
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		
		D4・D5・D6・研修医 1年次・2年次・専攻生・登録研修医・その他 ()		
		D4・D5・D6・研修医 1年次・2年次・専攻生・登録研修医・その他 ()		
		D4・D5・D6・研修医 1年次・2年次・専攻生・登録研修医・その他 ()		
		D4・D5・D6・研修医 1年次・2年次・専攻生・登録研修医・その他 ()		
		D4・D5・D6・研修医 1年次・2年次・専攻生・登録研修医・その他 ()		
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MDセンター 荒木教授室あるいは
 歯科総合診療部大山助手へ提出して下さい。
 2 記入欄が足りない場合は、別紙を使用して下さい。
 3 毎週定期的に利用を希望される場合は特記事項にその旨を記入して下さい。この1枚の利用申請書で
 利用希望日全ての申請とします。
 4 スキルスラボ の利用申請は別紙でお願いいたします。

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
-----	--