

# ヘルスケア教育機構「スキルス・ラボ I」利用報告書

西暦 年 月 日

## 利用報告

利用責任者 所属（学科）  
 職名（学年）  
 氏名  
 電話番号 ※1  
 メールアドレス

必ず連絡がとれるものをご記入ください。（電話番号は、内線・外線問いません）

①下記のとおり利用いたしましたのでご報告いたします。

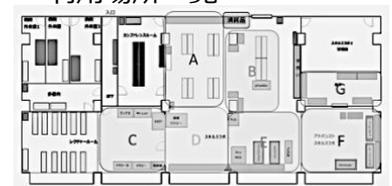
予約状況	<input type="checkbox"/> 予約をした <input type="checkbox"/> 予約していない（次回以降は、事前予約をお願い申し上げます）
利用時間	自 西暦 年 月 日 AM・PM 時 分 至 西暦 年 月 日 AM・PM 時 分

②「予約無し」でご利用の場合は、必ず下記にご記入お願いいたします。「予約済み」でご利用の場合は、予約時の内容と変更がございましたらご記入お願いいたします。（予約内容と変更がない場合はご記入不要です）

利用目的	1. 研究使用 （本学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（ ）			
利用場所	カンファレンスルーム レクチャールーム フロア A・B・C・D・E・F・G その他（ ）			
利用人数	名 【内訳】 教職員 名、研修医 名、院生 名 学生（M・N・MT・D） 名、学外者 名、他（ ） 名			
利用物品（シュミレーター やプロジェクター等）				
消耗品利用				
特記事項（不具合等ござ いましたらお知らせください）				
利用者名 ※2	所属	氏名	所属	氏名

③提出先 『スキルスラボ I 入口の引出し』  
 『メール [sukirusurabo1@gmail.com](mailto:sukirusurabo1@gmail.com) 』

利用場所一覧



※1 電話番号・メールアドレスは必ずご記入をお願いいたします。

※2 利用者名の欄がたりないときは、各自書式自由で構いませんので利用者名簿を提出してください。その際、所属（学科・学年）氏名のご記入をお願いいたします。