**シミュレータSCENARIO　使用申請書**

（様式1）

**公益社団法人広島県看護協会　会長様**

下記の通り、シミュレータシナリオの使用を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者 | 施設名（支部名） |
|  | 氏名 |
|  | TEL　　　　　　　　　　Email |
| 使用責任者 | 施設名 |
| （申請者と異なる場合記載） | 氏名 |
|  | TEL　　　　　　　　　　Email |
| 使用施設（☑をする） | □広島県看護協会　□福山市民病院　　□庄原赤十字病院 |
| 研修名 |  |
| 研修日 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 使用日時  （準備～片付の時間含む） | 令和　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）  （　　：　　～　　：　　） |
| 使用目的 |  |
| 研修内容 |  |
| インストラクター | 氏名　　　　　　　　　　　　　所属施設 |
| 参加予定人数  （使用人数） | 名 |
| 備考 |  |