**シミュレータSCENARIOシナリオ　機器損傷・紛失報告書**

（様式3）

　　　年　　　月　　　日

**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破損、紛失、不具合を報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日 | 　　　　　年　　　月　　　日　（　　） |
| 使用責任者　 | 施設名（支部名） |
| 氏名 |
| TEL　　　　　　　　　　　Email |
| 使用施設 | ☐広島県看護協会　　☐福山市民病院　　☐庄原赤十字病院 |
| 研修名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　使用人数　　　　　名 |
| 使用日時 | 　令和　　年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　： |
| 破損等の状況(発生日時、経緯、部品名、損傷の程度等正確に記載してください） |  |

注）記載欄が足りない場合は、別紙に記載してください。