**シミュレータSCENARIOシナリオ　使用報告書**

（様式2）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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使用について報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 使用責任者 | 施設名（支部名） |
|  | 氏名 |
|  | TEL　　　　　　　　　　　　Email |
| 使用日時（準備～片付の時間含む） | 令和　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）（　　：　　～　　：　　） |
| 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（　　） |
| 対象者 |  |
| 参加人数 | 受講者　　　　　　　名 |
|  | 指導者　　　　　　　名 |
|  | ※　研修会等の案内やレジュメがあれば添付してください。 |
| 機器の状況 | 特記事項なし　　　特記事項あり |
| （特記事項） |  |

注）機器を損傷・紛失した場合は、破損等報告書を提出してください。