

医療・看護技術研修用シミュレータ貸出申請書

令和 年 月 日

公益社団法人広島県看護協会 会長 様

**【申請者】**  
住 所 〒  
  
氏 名 (団体名及び代表者名)

医療・看護技術研修用シミュレータ貸出要領に基づき、申請します。

研 修 名			
研 修 月 日	令 和	年	月 日 ( )
参加予定人数			
貸 出 目 的 (□に✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 自施設での研修 { <input type="checkbox"/> 新人研修 <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> その他 ( )} <input type="checkbox"/> 授業、実習 (科目 )		
研 修 場 所			
貸出希望器材 (□に✓を入れ必 要数を記入する)	<input type="checkbox"/> リトルアン ( ) 体 <input type="checkbox"/> ベビーアン ( ) 体 <input type="checkbox"/> AED トレーナーⅡ ( ) 個 <input type="checkbox"/> ALS シミュレータ アドバンスド ( ) セット <input type="checkbox"/> フィジコ ( ) セット	<input type="checkbox"/> 採血・静注シミュレータ “シンジョーⅡ” (腕モデル2本入り) ( ) セット <input type="checkbox"/> 吸引シミュレータ Qちゃん ( ) セット <input type="checkbox"/> 導尿・浣腸シミュレータ 女性 ( ) セット <input type="checkbox"/> 導尿・浣腸シミュレータ 男性 ( ) セット <input type="checkbox"/> 気道管理トレーナー ( ) セット	

受 取 の 方 法	
<b>【協会にて受け取る】</b> 年 月 日 時に 協会にて受け取ります。	<b>【協会から送付してもらう】</b> 年 月 日 に到着するように 下記住所に送ってください。
(送 付 先 ) ※研修場所と同じ場合は同上に記載する ・住 所 : 〒  ・施 設 名: ・電 話 番 号:	

返 却 の 方 法	
<b>【協会へ持参する】</b> 年 月 日 時 に協会へ持参します。	<b>【協会へ送付する】</b> 年 月 日 に到着するように送ります。

管理担当者

氏 名 :  
TEL番号 :