（シミュレータ貸出　様式2）

医療・看護技術研修用シミュレータ使用報告書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日 | | | | |
| 公益社団法人広島県看護協会　会長　様 | | | | |
| 【報 告 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、報告します。 | | | | |
| 研修実施日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　） | | | |
| 参加者数 | 人 | | | |
| （内　訳） | ・看護職員　　　　　　　　名（うち新人　　　　　　名）  ・学生　　　　　　　　　　名　　・その他職員　　　　　　　名 | | | |
| 借用器材および使用後の状況について | | | | |
| 借 用 器 材 | | 借用数 | 破損・紛失・不具合等の有無 | 不具合の状況（具体的に） |
| リトルアン | |  | □あり  □なし |  |
| ベビーアン | |  | □あり  □なし |  |
| ＡＥＤトレーナー２ | |  | □あり  □なし |  |
| ALSシミュレータ  アドバンスド | |  | □あり  □なし |  |
| フィジコ | |  | □あり  □なし |  |
| 採血・静注シミュレータ  “シンジョーⅡ” | |  | □あり  □なし |  |
| 導尿・浣腸シミュレータ  女性 | |  | □あり  □なし |  |
| 導尿・浣腸シミュレータ  男性 | |  | □あり  □なし |  |
| 吸引シミュレータ  “Ｑちゃん” | |  | □あり  □なし |  |
| 気道管理トレーナー | |  | □あり  □なし |  |
| 管理担当者　　氏　名：  　　　　　　　℡番号： | | | | |