（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： |