

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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ベビーアン		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
AEDトレーナー2		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALSシミュレータ アドバンスド		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
フィジコ		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
採血・静注シミュレータ “シンジョーII”		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
導尿・浣腸シミュレータ 女性		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
導尿・浣腸シミュレータ 男性		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
吸引シミュレータ “Qちゃん”		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
気道管理トレーナー		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

管理担当者 氏 名 :

〒番号 :