

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 〒

団 体 名

代 表 者 名

借 用 者 氏 名

電 話 番 号

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"/>	気道管理トレーナー	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"/>	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"/>	吸引シミュレータ Qちゃん	セット	
受 取 の 方 法		返 却 の 方 法	
【協会にて受け取る】 年 月 日 時に (受取人) が協会にて受け取ります。		【協会へ持参する】 年 月 日 時に (持参人) が協会へ持参します。	
【協会から送付してもらう】 年 月 日 に到着するように 下記住所に送ってください。		【協会へ送付する】 年 月 日 に 到着するように送ります。	
(送 付 先) ※申請者の住所と同じ場合は同上と記載する。 ・住 所 :〒 ・施 設 名: ・電 話 番 号:			