

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 〒  
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、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	対象器材 No : 不具合の状況 (詳細はチェックリストに記載)
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	
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	