

# 臨床技能研修センター使用承認申請書

年 月 日

和歌山県立医科大学臨床技能研修センター管理者  
教育研究開発センター長 様

所属部署 または 学年  
申請者（使用責任者）氏名  
連絡先（電話番号）

以下のとおり、使用の承認を申請いたします。

1. 使用の目的

2. 使用室名 使用を希望する部屋名にチェック☑をして下さい。

BLS・ACLS 研修室① BLS・ACLS 研修室②

基本的手技研修室 外科的手技研修室 模擬病室

3. 使用物品

4. 期間 年 月 日 時 分 から 年 月 日 時 分まで

5. 利用者数：約 人

利用者の内訳

団体名	学外者	学内者
	人	人
	人	人
	人	人

6. 使用する消耗品

物品名	数量
	個
	個
	個

7. 物品を施設外に持ち出して使用する場合

持ち出し場所	
返却責任者	