

申請日 平成 年 月 日

山梨大学医学部附属病院臨床教育センター長 殿

申請者 所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 (PHS) \_\_\_\_\_

シミュレーター資格証 申請書

シミュレーターの操作・利用について、シミュレーター資格証の発行をお願いいたします。

	Aクラス		Bクラス		Cクラス	
	利用物品 該当する物品 に○を記入し てください	500 CVC 穿刺挿入II (番号: )		100 採血静注 (シンジョーA) (番号: )		200 耳の診察 (番号: )
1000 CVC 穿刺挿入 (番号: )			400 婦人科内診 (番号: )		300 前立腺診察 (番号: )	
1300 コードレス聴診教育システム (番号: )			600 腰椎硬膜外穿刺ルバーII (番号: )		700 殿筋注射 2ウェイモデル (番号: )	
2000 ハートシム (番号: )			800 導尿・浣腸モデル (番号: )		1100 吸引シミュレーター (番号: )	
2300 Vscan (番号: )			900 新型男性導尿モデル (番号: )		1200 上腕筋肉内注射 (番号: )	
3500 シムマン (番号: )			1600 産科シミュレーター (VFI) (番号: )		1400 縫合練習キット (番号: )	
			1700 気道管理トレーナー (番号: )		1500 眼底診察シミュレーター (番号: )	
			1800 ウロスコブトレーナー (番号: )		2100 レサシアン (番号: )	
その他			1900 大腸内視鏡トレーニングモデル (番号: )		2200 レサシベビー (番号: )	
			3000 イチローPLUS (番号: )		2400 AED リトルアントレーナー (番号: )	
			3100 イチロー (番号: )		2500 耳鏡セット (番号: )	
			3200 さくら (番号: )		3600 ドクタートレーナー (番号: )	
			3300 アキュタッチ (番号: )			
			3400 ウルトラシムコンパクト (番号: )			
		3700 アイシム (番号: )				
許 可	<input type="checkbox"/> 使用方法を習得している <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	インストラクター 所属 : _____ 氏名 : _____					
備 考						

センター側 記入欄	発行する	資格証 No.	
	発行しない	理由	

※ 利用物品は、ホームページの「シミュレーションセンター」を参考にしてください。(予定)