

申請日 令和 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	
		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 腰椎硬膜外穿刺ルンパール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 (ソフィ) (番号: )		1400 縫合練習キット (番号: )	
利用物品 該当する物品に○を記入してください			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 ウロスコプトレーナー (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 リアルトレーナー (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 アクユタッチ (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。