

申請日 令和 年 月 日

山梨大学医学部附属病院
臨床教育部臨床教育センター長 殿

利用者（責任者） 所属 _____

氏名 _____ ⑧

シミュレーター資格 No. (PHS) _____

シミュレーションセンター利用・物品借用 申請書

シミュレーションセンターの利用について、下記により申請します。
なお、利用にあたっては、山梨大学医学部シミュレーションセンター管理運営要項を遵守、利用物品等を故意又は過失により破損した場合は、弁償します。

| (実際の) 利用日時・場所 | | 物品借用の場合、記入してください | | |
|---|------|---|---|----------------------------------|
| 令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 () (時 分 ~ 時 分) | | 貸出希望日時 | 令和 年 月 日 曜日 時 分頃 | |
| | | 返却予定日時 | 令和 年 月 日 曜日 時 分頃 | |
| <input type="checkbox"/> シミュレーションセンター <input type="checkbox"/> その他 () | | 保管管理者 | 所属 医学部 (医学科・看護学科) 医学部附属病院 () その他 () 氏名 _____ 連絡先電話番号 _____ | |
| 利用目的・理由 | | | | |
| 利用予定人員 | | ●学部 (教員 名、学生 (医学科・看護学科) 年生 名) ●病院職員 (名) (職種) ●学外者 (名) | | |
| 利用物品 (利用する物品の台数を記入してください。) | Aクラス | | Bクラス | |
| | 台数 | | 台数 | |
| | | 500 / 1000 CVC 穿刺挿入II (番号:) | | 100 採血静注 (シンジョーA) (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バルくんII (番号:) |
| | | 2000 ハートシム (番号:) | | 1700 気道管理トレーナー (番号:) |
| | | 2300 汎用超音波画像診断装置 Vscan (番号:) | | 1800 ウロスコープトレーナー (番号:) |
| | | 3500 シムマン (番号:) | | 1900 大腸内視鏡トレーニングモデル (番号:) |
| | | 3800 シムジュニア (番号:) | | 3001 イチローPLUS (番号:) |
| | | 4101 VIST-Lab (番号:) | | 5400 イチローII (番号:) |
| | | 4102 VIST-C (番号:) | | 3200 さくら (番号:) |
| | | 4200 トレーニング用関節鏡セット (番号:) | | 3300 アクユタッチ (番号:) |
| | | 4300 膝関節鏡シミュレータ (番号:) | | 3400 ウルトラシムコンパクト (番号:) |
| | | 5100 ダヴィンチ・トレーナー (番号:) | | 3700 アイシム (i-Sim) (番号:) |
| | | 5200 A L Sシミュレータ (番号:) | | 4000 フィジコ (Physiko) (番号:) |
| | | 5300 メガコードキッド (番号:) | | 4700 上部消化管内視鏡トレーニングモデル (番号:) |
| | | 5500 SimPad (番号:) | | 5600 デラックス デイイカルト エアウイトレナ (番号:) |
| | | | 5700 点滴静注シミュレータ (Vライン) (番号:) | |
| | | | 5800 呼吸音聴診 (ラングII) (番号:) | |
| ※インストラクター名 (指定あれば記入) | | 所属: _____ 氏名: _____ | | |
| その他利用者 (氏名: 所属: 連絡先) | | 備考 | | |
| センター側 記入欄 | | 許可 (利用許可 NO.) 使用不可 | | |

※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 (R1.9.25 更新)