|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究  院長 | 副研究  院長 | 事務  部長 | 総務  課長 | 総務課  課長補佐 | 会計  課長 | 会計課  課長補佐 | 営繕担当  係長 | 営繕担当 | 庶務担当係長 | 庶務担当 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

申請年月日　　　 　年　　月　　日

北海道大学大学院医学研究院

クリニカルシミュレーションセンター長　殿

申請者所属

申請者役職・氏名

クリニカルシミュレーションセンター・医系多職種連携教育研究棟セミナー室利用許可申請書

「クリニカルシミュレーションセンター等利用の流れ」を確認しましたので、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用施設名 | **＜クリニカルシミュレーションセンター＞**   * 診療研修室（ １・２・３・４・５・６・７・８・９ ） * 高度シミュレーション室( １・２ ) * 研究室１ * ミーティング室( Ｂ・Ｃ ) | | | | | | | |
| **＜医系多職種連携教育研究棟セミナー室＞**  □　セミナー室（ Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ・Ｇ ） | | | | | | | |
| 利用日時 | 年　 月　 日（ 　） ：　 から　 　年　 月　 日（　 ）　：　　まで  ※利用時間には準備・撤収時間を含みます | | | | | | | |
| 利用目的 | □ 学生実習 　□ 研修医指導 　□ 研修 　□その他 (　　　　　 　　 ) | | | | | | | |
| 研修の名称 |  | | | | | | | |
| 利用団体所属 |  | | | | | | | |
| 参加者内訳 | 医学部学生 | 人 | 研修医 | 人 | 医師 | 人 | 学内職員  研究者 | 人 |
| 看護学生 | 人 | 看護師 | 人 | 学外者 | 人 | その他 | 人 |
| 合 計 　　人 | | | | | | | |
| 持込機器 |  | | | | | | | |
| センターからの  貸出し希望機器 | 消耗品（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 連絡担当者 | 所属部局：　　　　　　　職名：　　　　　　　氏名：  電話：　　　　　　 E-mail： | | | | | | | |
| 利用責任者 | 利用責任者所属部局：　　　　　　　　職名：  氏名：　　　　　　　　　　　　　　　電話：  ※学会等学外団体の利用については，関係部局の教職員のうちから１名を利用責任者として充てること | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | |

本申請書には，主催団体，利用目的及び行事の内容等を確認できるパンフレット，プログラム，案内状その他の参考資料を添付の上，提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予約確認 | | 設備物品点検 | |
| 申込受付 | 許可連絡 | 利用前確認 | 利用後確認 |
| / | / | / | / |
| 署名: | 署名: | 署名: | 署名: |

|  |  |
| --- | --- |
| 破損等の確認  （　　/　　） | 利用料金  （　　/　　） |
|  |  |

【問い合わせ】北海道大学大学院医学研究院クリニカルシミュレーションセンター（011-706-8169）E-mail:simcenter@med.hokudai.ac.jp