|  |  |
| --- | --- |
| 副センター長（福永） | センター長  （新井） |
|  |  |

**利　用　申　請　書**

令和　 年 　 月　 日

順天堂大学メディカルテクノロジー・シミュレーションセンター長　殿

順天堂大学メディカルテクノロジー・シミュレーションセンターを利用いたしたく、以下のとおり申請します。

なお、利用にあたっては、順天堂大学メディカルテクノロジー・シミュレーションセンター利用規約を遵守いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請責任者  （指導責任者） | 所属： | | | | | | 身分 |  | | | |
| 氏名： | | | | | | | | | | ㊞ |
| メールアドレス： | | | | | | | | | | |
| 利用日時 | 令和　　年　　月　　日　　　：　　　～　　　：　　　　まで | | | | | | | | | | |
|  |  | | 教員 | 研修医 | 学生（院生含） | 看護師 | | | その他（　　　　） | 備考 | |
| 利用者 | 指導者 | | 名 |  |  | 名 | | | 名 |  | |
|  | 利用者 | 学内 | 名 | 名 | 名 | 名 | | | 名 |  | |
|  | 学外 | 名 | 名 | 名 | 名 | | | 名 |  | |
| 利用目的 | 件名： | | | | | | | | | | |
| □見学　□個人研修　□教職員研修　□研修医研修　□学生(院生)の講義・実習  □講習会・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 利用機器等 | ※利用を希望する主たる物品を記載ください  １． | | | | | | | | | | |
| 注意事項 | ・指導者不在の学生のみの使用は認めない  ・使用申請をしていない機器には、許可なく触れない  ・センター内での飲食禁止 | | | | | | | | | | |

※スケジュールが事前に入っている場合は、ご希望に添えない場合もございます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局受付 | Ｊ | Ｍ | 受付日： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ｾﾝﾀｰ記入欄 | □ | 許可  （利用許可NO.　　　　　　） | □ | 不許可 |

順天堂大学メディカルテクノロジー・シミュレーションセンター事務局：e-mail:jmtsc@juntendo.ac.jp

電話 03-5802-1742(内線 2813)　　Fax　03-5869-2820

**使用許可書・不許可書**

申請 のとおり 許可 します ・ 下記理由により 許可 しません

令和　　年　　月　　日

順天堂大学メディカルテクノロジー・シミュレーションセンター長

（不許可理由）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新 井 　一