

# スキルラボ時間外利用時確認表

利用日 年 月 日 利用時間 時 分～ 時 分

所 属 職 種

利用者名 (代表者) PHS 利用人数 名

使用したシミュレータ

●利用した部屋に○をつけて下さい。

研修ルームA・B・C カンファレンスルーム 臨床手技研修室1・2・3 内視鏡手術研修室

超音波診断研修室 ER 外来シミュレーション 手術室シミュレーション 病室シミュレーションA・B

ミラールーム (外来診察室)、ミラールーム (病室)

●以下の項目を退室時にご確認の上、□に✓をつけて下さい。

使用したシミュレータや機器類 (TV 含む) の電源を OFF にした。 □

使用したシミュレータを所定の場所に戻した。 □

(ただし、使用したシミュレータがダヴィンチトレーナーの場合は、移動は不要です)

使用した部屋の消灯、エアコンを OFF にした。 □

使用したシミュレータや機器類に不具合や破損が発生しましたか。

□ はい □ いいえ

「はい」の場合は明記して下さい。

●同伴者の氏名と ID 番号

---

記入後は受付シャッターの下 (矢印サインあり) へ投函をお願いします。