|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| センター長 | 副センター長 | 事　務 |
|  |  | 　　　令和　　　年　　　月　　　日 |

**シミュレーションセンター申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日時 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　曜日）午前　・　午後　　　　　時　　　　　分　から午前　・　午後　　　　　時　　　　　分　まで |
| 使用場所 | □　シミュレーション室1・2・3　　　部屋数　　　　部屋　　　（↑希望があればご記入下さい。）　　　　　　（↑なければ部屋数を記入） |
| 使用責任者/連絡先 | 使用者名： | 使用人数（合計）　　　　　　　　　人 |
| ＃ |
| 所属 / 診療科 | 例）医療教育開発センター etc |
| 使用目的 | 例）ポリクリ実習で採血手技etc |
| 使用シミュレーター | □ ALSｼﾐｭﾚｰﾀ　□BLSｼﾐｭﾚｰﾀ（ﾚｻｼｱﾝ）□ AEDﾄﾚｰﾅｰ　□ ECS救急ｹｱｼﾐｭﾚｰﾀ　□ CVC穿刺挿入　□ 気道確保ﾄﾚｰﾅｰ□ 気胸ﾄﾚｰﾅｰ　□ ウルトラシム　□ 分娩ﾄﾚｰﾅｰ　□ ルンバール□ 採血静注　 □ 動脈採血　　　□ 小児の手背静脈注射□ 心音聴診(ｲﾁﾛｰ)　 □ 呼吸音聴診(ﾗﾝｸﾞ)　 □ 乳癌検診ﾄﾚｰﾅｰ□ 気管支内視鏡(ｱｷｭﾀｯﾁ)　□ 超音波ECHOZY　□ 肩関節鏡　 □ 膝関節鏡　□ 直腸診　□ 前立腺触診□ 新型導尿ﾄﾚｰﾅｰ　□ 眼底診察　□ 耳診察　□ 縫合手技　 □ 糸結び手技　□ 腹腔鏡ﾄﾚｰﾅｰ(I-sim)　□ 腹腔鏡手術ｼﾐｭﾚｰﾀ(LapVR)□ その他（ 　　　 　　　　　　　　　　　　） |
| 使用方法の習得 | * 習得している　　　　　　　　□習得していない
 |
| 使用物品 | □ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ/ｽｸﾘｰﾝ　□ ホワイトボード　□ DVD視聴覚教材* その他

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 備考欄 |  |
| 許可この欄には記入しないでください。 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

* □には☑をしてください。

提出先：シミュレーションセンター

内　線：＃2922

Mail ：simcenter@ml.nagasaki-u.ac.jp