

市立函館病院メディカルシミュレーションセンター  
施設および機器等 利用許可申請書・誓約書

西暦 年 月 日

市立函館病院メディカルシミュレーションセンター長 殿

下記のとおり使用許可をお願いします。

利用期間	(自) 西暦 年 月 日 時 分 (至) 西暦 年 月 日 時 分
研修テーマ または目的	
利用機器・備品	
代表者	氏名・職種 医師 研修医 看護師 その他 ( )
	所属施設 市立函館病院 その他 ( )
	連絡先
代表者以外の利用者	医師 研修医 医学生 看護師 看護学生 その他 ( )
	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ( )
	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ( )
	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ( )
	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ( )

注意事項

※ご利用に際し、平日9:00～17:00はシミュレーションセンター事務局へ開錠・施錠を依頼してください。時間外利用については中央監視室にて鍵を受け取ってください。利用後は確実に施錠し鍵を中央監視室へお戻しください。市立函館病院以外の施設等の方につきましては、別途ご案内します。また、ホームページや広報誌等への掲載、記録ならびに情報収集を目的に研修風景の写真撮影やビデオ撮影を行う場合があります。ご理解とご協力をお願いします。

誓約書

私は、利用にあたり市立函館病院メディカルシミュレーションセンター利用規程を遵守いたします。

西暦 年 月 日

代表者氏名

〈事務局処理欄〉

市立函館病院メディカルシミュレーションセンター利用許可書

下記のとおり許可します。

西暦 年 月 日

利用期間	(自) 西暦 年 月 日 時 分 (至) 西暦 年 月 日 時 分
利用機器	
代表者	様

・センター長の認印の無いものは無効とします。

・ご利用に際し、平日9:00～17:00はシミュレーションセンター事務局へ開錠・施錠を依頼してください。時間外利用については中央監視室にて鍵を受け取ってください。利用後は確実に施錠し鍵を中央監視室へお戻しください。市立函館病院以外の施設等の方につきましては、別途ご案内します。また、ホームページや広報誌等への掲載、記録ならびに情報収集を目的に研修風景の写真撮影やビデオ撮影を行う場合があります。ご理解とご協力をお願いします。

認印

認印
----