

(様式第1号)

シミュレータ利用申込書

令和 年 月 日

公益社団法人 長崎県看護協会会長 様

(申込者)

住所 _____

所属団体 _____

代表者 _____ (印)

利用担当者 _____

電話番号 _____

下記のとおり、シミュレータを使用したいので申し込みます。
取扱についてはこの要綱を遵守いたします。

記

1. 使用期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
2. 使用目的 イ. 事業所内研修会
ロ. 職能別研修会
ハ. その他 ()
3. 使用機材 イ. 吸引シミュレータ
ロ. 経管栄養シミュレータ (経鼻、経口、胃ろう)
4. 使用場所 _____