

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	<input type="checkbox"/> 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 :
	#
所属 / 診療科	使用人数 (合計) 人
使用目的	例) 医療教育開発センター etc
使用シミュレーター	例) ポリクリ実習で採血手技 etc  <input type="checkbox"/> ALSシミュレータ <input type="checkbox"/> BLSシミュレータ (レザン) <input type="checkbox"/> AEDトレーナー <input type="checkbox"/> ECS救急ケアシミュレータ <input type="checkbox"/> CVC穿刺挿入 <input type="checkbox"/> 気道確保トレーナー <input type="checkbox"/> 気胸トレーナー <input type="checkbox"/> ウルトラシム <input type="checkbox"/> 分娩トレーナー <input type="checkbox"/> ルンバール <input type="checkbox"/> 採血静注 <input type="checkbox"/> 動脈採血 <input type="checkbox"/> 小児の手背静脈注射 <input type="checkbox"/> 心音聴診(イロー) <input type="checkbox"/> 呼吸音聴診(ラング) <input type="checkbox"/> 乳癌検診トレーナー <input type="checkbox"/> 気管支内視鏡(アキタッチ) <input type="checkbox"/> 超音波 ECHOZY <input type="checkbox"/> 肩関節鏡 <input type="checkbox"/> 膝関節鏡 <input type="checkbox"/> 直腸診 <input type="checkbox"/> 前立腺触診 <input type="checkbox"/> 新型導尿トレーナー <input type="checkbox"/> 眼底診察 <input type="checkbox"/> 耳診察 <input type="checkbox"/> 縫合手技 <input type="checkbox"/> 糸結び手技 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡トレーナー(I-sim) <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術シミュレータ(LapVR) <input type="checkbox"/> その他 ( )
使用方法の習得	<input type="checkbox"/> 習得している <input type="checkbox"/> 習得していない
使用物品	<input type="checkbox"/> プロジェクター/スクリーン <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> DVD 視聴覚教材 <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考欄	
許可 <small>この欄には記入しないでください。</small>	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