

申込受付	申込確認/決定連絡	貸出準備	返却確認	データ入力

スキルス・ラボ使用申込書（学生用）

徳島大学大学院医歯薬学研究部

医療教育開発センター長 殿

スキルス・ラボの使用を希望します。

なお、使用に当たっては、徳島大学スキルス・ラボラトリー使用要領を遵守します。

令和 年 月 日

担当責任教員

学生（申込み者）

所 属 _____

所 属 _____

連絡先 _____

連絡先 _____

氏 名 _____

e-mail _____

氏 名 _____

使用室	<input type="checkbox"/> 部屋を使用しない（使用場所： _____ ） <input type="checkbox"/> 部屋を使用する（使用する部屋に○をつける） 101 102 103 104 105 106 201 202 203 204 205 206 207 208 209 301 302 303 304 305 306
使用日時	令和 年 月 日 曜日 ~ 令和 年 月 日 曜日 準備/後片付けを含む使用時間 _____ 時 分 ~ _____ 時 分 （研修の時間 _____ 時 分 ~ _____ 時 分： _____ 時間 分）
使用物品/貸出物品	
物品貸出し日時	上記使用日時と同じ場合は記入不要です。 貸出希望日時 _____ 令和 年 月 日 () _____ 時 分 返却予定日時 _____ 令和 年 月 日 () _____ 時 分
使用目的	
研修内容	
使用人数 （○をつけ人数を記入）	学生：医 保 栄 歯 薬 大学院生 その他 専門職種：研修医 医師 研修医(歯科) 歯科医 看護師 薬剤師 放射線技師 歯科衛生士 臨床検査技師 栄養士 臨床工学技士 助産師 理学療法士 作業療法士 その他 (_____) 上記以外の部外者 (_____)