(様式第1号)

**シミュレータ利用申込書**

平成　　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　　　　　　　　　　　　㊞

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 平成　　年　　月　　日　至 平成　　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．呼吸音聴診用シミュレータ

　　　　　　　　　ロ．吸引シミュレータ

　　　　　　　　　ハ．経管栄養シミュレータ（経鼻、経口、胃ろう）

４．使用場所