公益社団法人山形県看護協会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 借入希望機器  および借用台数  希望機器に○印を　つけてください。 | | （１）採血・静脈シミュレーター | | セット |
| （２）吸引モデル | | セット |
| （３）AEDトレーナー | | セット |
| 使用年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日（　　）～  　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　） | | |
| 借用日 | | 年　　　　　月　　　　　日（　　） | | |
| 返却日 | | 年　　　　　月　　　　　日（　　） | | |
| 使用場所 | |  | | |
| 使用目的 | |  | | |
| 借用者 | 氏　名 |  | | |
| 勤務施設名 |  | | |
| 連 絡 先 |  | | |
| 備　　考 | |  | | |
| 公益社団法人山形県看護協会会長　　様  上記のとおり借用の申込みをいたします。  　　　ついては、看護技術研修用シミュレーター貸出規則を遵守いたします。  　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　団体名・施設名  使用責任者氏名 | | | | |
| 以下、県看護協会使用欄 | | | | |
| 貸出日　　　　年　 　月　 　日（　　） | | | 取扱者 | |
| 返却日　　　　年　 　月　　 日（　　） | | | 取扱者 | |

看護技術研修用シミュレーター借用申込書