|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| センター長 | 副センター長 | 担当 |
|   |   |   |

令和 　 年 　月 　日

クリニカルスキル・

トレーニングセンター長 殿

所 属

氏 名　　　　　　　 　　　　印

 　　　　　 （連絡先：PHS等）

使　用　願

下記のとおり( 備品・用品・ルーム ) を使用いたします。

なお、不注意により破損した場合は、弁償いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 使用機材及び数量  |  |
| 使用目的  |  |
| 使用日時 | 令和 　年 　月 　 日　　　：　　　～　　 ： |
| 使用ルーム |  |
| 使用人数 |  |

※ 本書を学内便にてクリニカルスキル・トレーニングセンター宛送付ください

受付確認日 令和 年 月 日 　担当者　印