«職員・研修医・大学院生用»

受　付：

提出日：　2026 年　　月　　日

山口大学医学部附属病院

クリニカルスキルアップセンター　御中

申請者

所　属：

氏　名：

電　話：　内線/PHS/携帯

E-Mail：　@yamaguchi-u.ac.jp

利　用　許　可　申　請　書

クリニカルスキルアップセンターの利用につきまして、下記により許可くださるようお願いします。
なお、利用にあたっては、貴センターの利用要領を遵守します。

利用日時	開始	月　日 (日)　:	～	終了	月　日 (日)　:			
利用場所	☐ A　☐ B　☐ C　☐ D　☐ CPR			☑ 貸出　使用場所（　　）				
利用機器	☐ ALSシミュレータ、ストレッチャー、AED　☐ ZOLL (新)　☐ Philips (従来)							
	☐ レサシアンシミュレータ、ストレッチャー、AED　☐ ZOLL (新)　☐ Philips (従来)							

利用者		医師 (3年目以上)	研修医	学　生	看護師	その他 (　)	その他 (　)	備　考
指導者 ※学内職員のみ		名			名			
利用者 (参加者)	学内	名	名	名	名	名	名	
	学外	名	名	名	名	名	名	

利用目的	☐ 個人研修　☑ 職員教育　☐ 学生実習　☐ その他（　　）
注意事項	・指導医不在の学生のみの使用は認めない ・使用申請をしていない機器には、許可なく触れない ・センター内での飲食禁止 ・貸出を許可され利用した機器は、申請した時間内に返却すること
撮影の同意	ホームページ、季刊誌等に掲載のため研修風景を撮影することがあります ☐同意する　☐同意しない
備　考	

※臨時の利用については、電話で連絡し確認を要する

【連絡先】クリニカルスキルアップセンター　内線：3134　E-mail：skill-up@yamaguchi-u.ac.jp

連絡がつかない場合は、内線3138（医療人育成センター 医療・ケア研修支援部門/研修支援係）までお願い致します。