旭川医科大学

臨床シミュレーションセンター長 殿

**物品借用状況報告書**

報告日　　　　　年　　月　　日

物品借用代表者　所属

　氏名

物品借用状況について以下の通り報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用目的 | 件名（　　　　　　　　　　　　　）開催日（　　　　年　　月　　日～　　月　　日） |
| 借用期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　月　　　　日　　　 |
| 利用者職種・人数 | 医師 | 看護職 | 医療系学生 | その他医療職（　　　　） | その他　一般（　　　　） | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |
|  | うち学外 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 借用物品の確認 | 返却時台数　□過不足なし　□過不足あり　（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）破損・故障等　□なし　□あり　（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）使用中動作状況□問題なし□問題あり　（具体的内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（※該当する□にチェック） |
| 備考 |  |

【提出先】

旭川医科大学　臨床シミュレーションセンター

TEL：(0166)68-2860 　FAX：(0166)68-2869

Mail：skillslab@asahikawa-med.ac.jp