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