

(CPDセンター記入)

センター長	総務課長	総務課副課長	臨床研修係長	担当者

## 金大病院CPDセンター使用許可申請書

CPDセンター長 殿

金大病院CPDセンターを使用したいので、許可願います。

なお、使用に際しては、金大病院CPDセンター使用要領を厳守します。

また、使用物品を破損した場合は、弁償いたします。

申請日		平成 年 月 日 ( )			
申請者	氏名				
	所属				
	連絡先	(TEL: ) (E-mail: )			
使用 責任者 <small>※申請者が同じの 場合は記入不要</small>	氏名				
	所属				
	連絡先	(TEL: ) (E-mail: )			
使用目的 (該当箇所にチェック してください。)	<input type="checkbox"/> 症例検討会・会議(タイトル: ) <input type="checkbox"/> 臨床教育・研修会等(タイトル: ) <input type="checkbox"/> 臨床支援・臨床教育(タイトル: ) <input type="checkbox"/> 講演会・学会・セミナー(タイトル: ) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )				
使用人数	学内	医師 名/看護師 名/研修医 名/その他( ) 名			
	学外	医師 名/看護師 名/研修医 名/その他( ) 名			
使用日時	平成 年 月 日 ( ) ( 時 分 ~ 時 分) <small>※同じ研修内容かつ、日程が複数にまたがる場合は備考欄に記載してください。</small>				
使用する設備 (該当箇所にチェック してください。記入欄 が不足する場合は別 紙記入し添付してく ださい。)	【以下の項目及び裏面の「CPDセンター 部屋の使用形態等について」へもご記入ください。】  1. テレビ会議システム(研修室1に設置) <input type="checkbox"/> 使用する(通信先: ) <input type="checkbox"/> 使用しない  2. シミュレーション機器 <input type="checkbox"/> バーチャルリアリティ内視鏡手術トレーニングシミュレーター Lap VR <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下手術手技トレーニング用シミュレータシステム LAP Mentor II (1台のみ・2台とも利用) ※いずれかに○印 <input type="checkbox"/> ダヴィンチトレーナー dv-TRAINER <input type="checkbox"/> 血管インターベンションシミュレーショントレーナー MenticeVIST Lab <input type="checkbox"/> バーチャルリアリティ気管支・消化器内視鏡シミュレーター アキュタッチ <input type="checkbox"/> 使用しない				
備考					

※ 事務記載欄

入力チェック

許可

不許可

受付番号 : \_\_\_\_\_

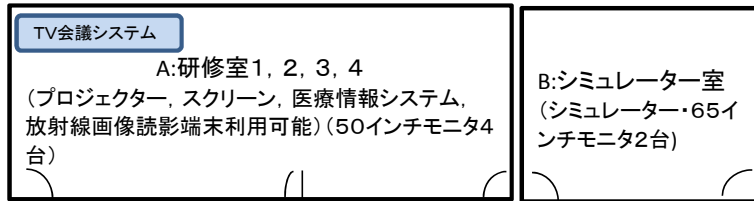
受付日: \_\_\_\_\_

担当者: \_\_\_\_\_

# CPDセンター 部屋の使用形態について(裏面)

## 1. 基本図

収容人数(スクール形式) 研修室1, 2, 3, 4 約80人



## 2. 使用する部屋を選択してください。(複数可)

A:研修室1, 2, 3, 4  B:シミュレーター室

研修室を間仕切りすることも可能です。希望される場合、ご相談ください。

## 3. 使用または貸出を希望するものを選択してください。

- 電子カルテ用端末(研修室1のみ)
  - 放射線画像読影端末(研修室1のみ)
  - ノートPC(テレビ会議システム使用时資料提示用)(研修室1のみ)
- ※持込みも可能です

## 4. 宝ホールの同時使用について

する  しない

※ 連絡通路の開錠設定のためにお聞きしています。

使用予約を受付けるものではありません、予約は別途業務支援HP(学内専用)から行ってください。

## 5. 録画について

TV会議を録画することは可能ですが、希望される場合、事前にご相談ください。

※ 主催者の責任において関係者の同意を取ってください

※机・椅子の移動は各自で行い、終了後は必ず原状復帰してください。