公益社団法人山形県看護協会

看護技術研修用シミュレーター借用申込書

借入希望機器 および借用台数 希望機器に〇印を つけてください。	（１）採血・静脈シミュレーター	セット
	（２）吸引モデル	セット
	（３）AED トレーナー	セット
使用年月日	年　　月　　日（　　）～ 年　　月　　日（　　）	
借用日	年　　月　　日（　　）	
返却日	年　　月　　日（　　）	
使用場所		
使用目的		
借用者　氏　名		
借用者　勤務施設名		
借用者　連 絡 先		
備　　考		

公益社団法人山形県看護協会会長　　様

上記のとおり借用の申込みをいたします。

ついては、看護技術研修用シミュレーター貸出規則を遵守いたします。

年　　月　　日

団体名・施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用責任者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下、県看護協会使用欄

貸出日　　年　　月　　日（　　）	取扱者
返却日　　年　　月　　日（　　）	取扱者