

長崎県看護キャリア支援センター利用申込書

平成 年 月 日

長崎県看護キャリア支援センター
センター長 様

使用団体名：
代表者氏名：
住 所：
電 話：

次のとおり、長崎県看護キャリア支援センターを利用したいので申し込みます。

利用目的					
利用日時（予約時間） （準備・片付け時間含む）		平成	年	月	日（曜日）
		時	分	～	時 分
参加人数				会場での利用責任者	
入場料		無		（有りの場合：最高 円）	
室 料					
利用 予約	室 名	区分	使用料（円）	利用 予約	シミュレータ教材
	研修室 A				殿筋注射2ウェイモデル 褥創ケアモデル
	研修室 B				吸引シミュレータ Qちゃん 口腔ケアモデル セイケツ君
	研修室 A + B				吸引器（携帯用） 経管栄養ポンプ注入セット
	研修室 C				ALSシミュレータ レサシアンシミュレータ
	演習室1				レサシアンシミュレータ AEDトレーナー AED
	演習室2				上腕筋肉注射 かんたんくん装着式採血静注練習キット
	演習室3				Vライン 経管栄養シミュレータ
	スキルトレーニングルーム				採血静脈シミュレータ シンジョウⅡ グリッターバグ（手洗い教材）
	小 計				ベット フィジコ（フィジカルアセスメント用）
付帯設備料					
利用 予約	設備名	使用数	使用料（円）		
	ワイヤレスマイク	本			
	マイクスタンド （卓上・床上）	本			
	液晶プロジェクター （移動式）	台			
	パソコン	台			
	レーザーポインター	本			
	電気代（マイク・プロ ジェクター使用時）	時間			
	電気代	時間			
	ホワイトボード	台			
	小 計				
				総 計	
備 考				承認 印	センター部長
				担当者	担当
				受 付 印	

注）シミュレータを使用するときは、事前に職員と打合せが必要です。
注）シミュレータの貸出しはいたしません。

1. 利用が数日の場合には利用日毎にご記入下さい。
ご利用の2週間前（日祝祭日を除く）までに申込み下さい。
2. 利用予約に○をお付けください。
区分は午前、午後、一日で料金設定してあります。
3. 入場料を徴収する催し物については、室料が5割増となります。
4. 駐車場はありませんので、公共交通機関をご利用ください。
5. 使用金額は税込みです。