福井メディカルシミュレーションセンター施設利用申請書

　　　（企業等が主として利用する場合）

令和　　 年　 　月　　 日

福井大学医学部附属病院

　福井メディカルシミュレーションセンター長　殿

団 体 名

（所属名）

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり施設を利用させていただきたく、ここにお願い申し上げます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利 用 目 的 **※** |  | | | | | | |
| 利 用 日 時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）【　　　　時】から  令和　　　年　　　月　　　日（　　　）【　　　　時】まで | | | | | | |
| 利　用　場　所 | １　階 | | | ２　階 | | | |
|  | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(1)【模擬病室】 | |  | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(3)【無菌調剤】 | | |
|  | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(2)【緊急被ばく医療】 | |  | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(4)【超音波診断】 | | |
|  | ｳｪｯﾄﾗﾎﾞ | |  | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(5)【ICU/NICU】 | | |
|  | 講師控室 | |  | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(6)【災害医療】 | | |
|  | 評価観察室 | |  | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(7)【血管内治療】 | | |
|  |  | |  | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(8)【内視鏡】 | | |
|  |  | |  | ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞﾙｰﾑ1,2,3 | | |
| 機器利用の有無 | 有　　 ・　　 無　　（有の場合は裏面へ） | | | | | | |
| 参 加 人 数  (名) | 学内 | 医　師：  研修医： | 看護師： | 学生：  医(　　　 ) 看(　 　　) | | | ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ： |
| 学外 | 医　師：  研修医： | 看護師： | 学生：  医(　　　 ) 看(　 　　) | | | ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ： |
| 担当者連絡先 | 部　署 | | 氏　名 | | | 連絡先Tel | |
| その他（備考） |  | | | | | | |

* 全体の内容、スケジュールなど概要がわかる実施要綱、チラシ、パンフレットなどを添付してください。

【問合せ・提出先】福井大学医学部附属病院 福井メディカルシミュレーションセンター

直通：0776－61－8825（内線：3809） ／ FAX：0776－61－8224

受付日：　 　　/ 　　 　/ 　 印

●利用機器に☑チェックし、利用数もご記入ください。

その他利用する機器につきましては直接センターに問合せ下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **設置保管場所** | | ☑ | **機　器　名 　　　※ 特にｲﾝｽﾄﾗｸﾀｰが必要な機器** | **利用数** |
| 1階 | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(1) |  | **※** 多発外傷トレーニングシミュレータ“SimMan3G”ASL5000 | １ |
| ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(2) |  | 多発外傷トレーニングシミュレータ“SimMan3G” | １ |
| ｳｪｯﾄﾗﾎﾞ |  | 評価型気道管理シミュレータ | １ |
|  | 縫合手技評価シミュレータ | １ |
|  | 中心静脈カテーテル（CVC）穿刺・挿入シミュレータ |  |
| 2階 | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(3) |  | バイオハザード対策用キャビネット | １ |
|  | バイオクリーンベンチ | １ |
| ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(4) |  | 超音波トレーニングシミュレータ“ｳﾙﾄﾗｼﾑｺﾝﾊﾟｸﾄ(腹部ｾｯﾄ)” | １ |
|  | 外傷・救急用超音波診断トレーニングファントム | １ |
|  | 心エコー用トレーニングシミュレータ“ﾊﾞｰﾁｬﾙﾘｱﾘﾃｨｰ” | １ |
|  | デジタル超音波診断装置“Preirus” | １ |
|  | 超音波診断装置（モバイバルスタンドタイプ） | /４ |
| ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(5) |  | 乳児医療トレーニングシミュレータ“SimBady” | /２ |
| ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(6) |  | 心臓病患者シミュレータ“イチロー” | １ |
| ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(7) |  | **※** 血管内治療シミュレータ　“血管ｲﾝﾀｰﾍﾞｰｼｮﾝｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾄﾚｰﾅｰVIST Lad” | １ |
| ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝﾙｰﾑ(8) |  | 気管支・消化器内視鏡シミュレータ“AccuTouch” | １ |
|  | **※** 消化器内視鏡／気管支内視鏡手技トレーニング用シミュレータ  “Mentor ERCP/EUS” | １ |
|  | **※** 腹腔鏡下手術シミュレータ“LAP MentorⅡ” | １ |
|  | 内視鏡外科手術用トレーニングボックス“Endowork-Pro Ⅱ” | /６ |
|  | **※** ダ・ヴィンチ | １ |
| 1階 | ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ  倉庫・器材室 |  | レサシアン | /2(1) |
|  | リトルアン | /16 |
|  | AEDトレーナ | /17 |
|  | 気道管理トレーナ | /４ |
| **その他利用機器・物品等** | | | | |

**誓　　約　　書**

　私は、当該シミュレータ等機器における利用者として、シミュレーションセンター利用時の注意点を十分認識し、その使用にあたっては利用要項を遵守します。

　 　　　　 　 　　　　代表者署名 ：　 　　　　　　　　　　　　　印

連絡先電話番号（ 　　　　　　　　　　　）