

長崎県看護キャリア支援センター利用申込書

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)		年	月	日 (曜日)	(実利用時間)		
		時	分	～	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	シミュレータ教材		使用台数
利用 予約	室 名	区分	使用料 (円)				
	研修室 A				褥創ケアモデル		台
	研修室 B				口腔ケアモデル セイケツ君		台
	研修室 A + B				ALSシミュレータ		台
	研修室 C				AED		台
	演習室 1				救急カート		台
	演習室 2				フィジコ (フィジカルアセスメント用)		台
	演習室 3				吸引シミュレータ Qちゃん		台
	演習室 3				経管栄養シミュレータ		台
	演習室 3				経管栄養ポンプ注入セット		台
	演習室 3				殿筋注射 2ウェイモデル		台
	演習室 3				装着式 上腕筋肉注射		台
	演習室 3				採血・静注シミュレータ		台
	演習室 3				グリッターバッグ (手洗い教材)		台
	演習室 3				吸引器 (携帯用)		台
	演習室 3				レザシアンシミュレータ		台
	演習室 3				レザシアンシミュレータ AEDトレーナー		台
	演習室 3				かんたんくん装着式採血静注練習キット		台
	演習室 3				点滴静注シミュレータ「Vライン」		台
小 計							
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							
				合計 (税込)			
				10%対象		(消費税)	
備 考				承認 印	センター部長	担当者	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. 受講者用の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。
4. 使用金額は税込のみです。