

| | |
|----|-------|
| 承認 | センター長 |
| | |

臨床演習室（スキルス・ラボ）施設使用許可申請書

平成 年 月 日

京都府立医科大学長 様

所属長（使用責任者）

氏 名

印

下記のとおり使用したいので、許可願います。
 なお、使用に当たっては使用注意事項を厳守します。

| | |
|----------------|----------------------------|
| 使用日時 | 平成 年 月 日 () 時 分～ 時 分 |
| 利用エリア | ①外来エリア ②病棟エリア ③自習エリア |
| 使用付帯設備 及び備品 | |
| 催名及び内容 | |
| 参加予定人員 | 名 (学内 名・学外 名) |
| 担当者氏名等 | 所属 (氏名) (連絡先) 内線 PHS |

注 意 事 項

1. 鍵は承認印の押されたこの申請書を持参の上、病院北防災センターで借りること。
2. 申請書に記載した事項に相違ないこと。
3. 施設付帯設備及び備品を無断で使用し、または移動させないこと。
4. 施設付帯設備及び備品を損傷又は、汚損したときは直ちに看護実践キャリア開発センター（9-5422）まで報告すること。
5. 使用許可時間を厳守すること。
6. 施設内での喫煙、飲食をしないこと。
7. 火気厳禁。
8. 施設の使用が終了したときは直ちに清掃し、設備、備品等を使用前の状態に復すること。
9. ゴミは必ず使用者が収集し、分別の上、所定の場所へ破棄すること。