

様式 1

研修用機器使用許可申請書

年 月 日

焼津市立総合病院 病院長 様

住 所
所 属
氏 名

印

研修用機器の使用を希望しますので、下記のとおり申請します。

		※受付番号	
使用希望日時	年 月 日 午前・午後 時 から 年 月 日 午前・午後 時 まで		
使用希望機器			
使用目的			
使用場所		参加人数	人
使用責任者	所属 氏名 電話		
使用者名	所属	氏名	所属 氏名
指導者	有・無 所属 氏名		
連絡先 (事務担当者)	所属 氏名 電話		

様式2

研修用機器使用許可書

焼 ー 号
年 月 日

様

焼津市立総合病院 病院長

年 月 日付けで申請のあった研修用機器の使用について、下記のとおり許可します。

許可番号	第 号		
使用日時	年 月 日 午前・午後 時から 年 月 日 午前・午後 時まで		
使用機器			
使用場所		人数	人
使用責任者	所属 氏名 電話		
指導者	有・無 所属 氏名		
備考			

様式3

消耗品使用報告書

年 月 日

焼津市立総合病院 病院長 様

住 所
所 属
氏 名

印

研修用機器の消耗品を使用しましたので、下記のとおり報告します。

許 可 番 号	第 号
使 用 日 時	年 月 日 午前・午後 時 から 年 月 日 午前・午後 時 まで
使 用 機 器	
消耗品名及び 使用数量	品名 数量
廃棄状況	

様式 4

研修用機器等故障報告書

年 月 日

焼津市立総合病院 病院長 様

住 所
所 属
氏 名

④

研修用機器の故障がありましたので、下記のとおり報告します。

許 可 番 号	第 号
故 障 日 時	年 月 日 午前・午後 時
故障機器等	
使用責任者	所属 氏名 電話
故障の原因	