

はり姫 高機能シミュレーター医療研修講座 受講申込書

はり姫 高機能シミュレーター医療研修講座 運営事務局長 殿

下記のとおり、私（申請者）は、県立はりま姫路総合医療センター 高機能シミュレーター医療研修講座の受講を希望します。

参加にあたっては、社会人として常識ある行動を行うとともに講師や運営事務局を含む病院・施設関係者の指示・協力依頼に従います。また、下記記載の誓約事項を遵守いたします。

申請日 (yyyy/mm/dd)	年 月 日	
受講希望コース	<input type="checkbox"/> 消化器内科 上部・下部内視鏡シミュレーター研修コース (使用シミュレーター: CAE EndoscopyVR Simulator アクユタッチ)	
	<input type="checkbox"/> 整形形外科 膝関節鏡シミュレーター研修コース (使用シミュレーター: VirtaMed ArthroS™)	
開講時期	年 月開講 (年度 第 期)	
研修場所	兵庫県姫路市神屋町3丁目264番地 兵庫県立はりま姫路総合医療センター 教育研修棟5階 (獨協学園姫路医療系高等教育・研究機構 地域医療研修研究センター 研修室)	
申請者 【全ての項目に 記載すること】	勤務先 :	診療科 (部署名) :
	ふりがな 氏名 :	連絡先 (携帯番号) :
	卒年 :	年 3 月 卒
	メールアドレス :	
申請者上司	上記申請者が当研修に参加するにあたり、本紙記載の誓約事項等を遵守させます。 役職 : 氏名 :	
受講申込書の 提出・問合せ先	兵庫県立はりま姫路総合医療センター 診療サポート課 高機能シミュレーター運営事務局 メールアドレス: sim_harihime@hgmc.hyogo.jp 電話 (代表) : 079-289-5080 FAX : 079-289-2080	

※上記記載事項のうち個人情報該当部分については、当シミュレーター研修の運営・管理にのみ使用します。

【誓約事項 ※内容を確認いただき☑をしてください】

- はり姫 高機能シミュレーター運営事務局等が、上記の記載内容等を確認するため、勤務先あるいは所属長等へ照会することに同意します。
- 研修会参加時は、その都度、「新型コロナウイルス対策 問診票」を記載し提出します。また、発熱・咽頭通などの風邪症状がある場合は来院・入館しません。
- 体調不良等により急遽、研修会を欠席する場合は運営事務局あるいは講師まで連絡します。また、研修会参加後に保健所への要報告対象感染症の罹患が分かった場合は、運営事務局に速やかに連絡します。
- 研修会参加時は、研修の進行並びにマスク着用や都度での手指消毒等の感染対策に協力するとともに、研修室設置の使用者管理簿に必ず氏名・使用日時・機器故障の有無等を記入します。
- 研修会場内で、飲食はしません（飲食はエレベーターホールもしくは屋外等にて行います）。また、病院敷地内（敷地内駐車場含む）及び周辺道路で喫煙はしません。
- 施設・設備・備品並びに他の参加者に損害を与えた場合は、速やかに講師あるいは運営事務局に報告します。また、故意または自らの重大な過失により損害を与えた場合は、その損害を弁償します。
- 高機能シミュレーターの機能向上や普及等を目的とした臨床研究あるいは更なる機器開発において、研修内容及び研修結果（実績）を利用することに同意します。