

貸出物品借用申請書

令和 年 月 日

一般社団法人 静岡県訪問看護ステーション協議会 会長 様

借受人 施設名：
住 所：
電 話：
代表者名：

印

下記物品を借用したいので申請します

1. 使用目的 自施設での研修(新人研修 その他)

2. 使用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

3. 貸出物品

シミュレーター	DVD	
<input type="checkbox"/> 吸引シミュレータ	看護のためのコミュニケーション	看護の病態生理アセスメント
<input type="checkbox"/> 経管栄養シミュレータ	全3巻	全14巻
<input type="checkbox"/> 男性導尿・浣腸シミュレータ	<input type="checkbox"/> 1セット	<input type="checkbox"/> 1セット
<input type="checkbox"/> 女性導尿・浣腸シミュレータ	<input type="checkbox"/> 1 マイクカウンセリング技法基礎	<input type="checkbox"/> 1 摂食・嚥下障害
<input type="checkbox"/> 装着型摘便シミュレータ	<input type="checkbox"/> 2 看護現場の日常的コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 2 悪心嘔吐
<input type="checkbox"/> 点滴静注シミュレータ	<input type="checkbox"/> 3 患者中心のチーム連携	<input type="checkbox"/> 3 発熱
<input type="checkbox"/> 採血静注シミュレータ	臨床で役に立つ小児看護技術	<input type="checkbox"/> 4 呼吸障害
<input type="checkbox"/> ストーマケア	全4巻	<input type="checkbox"/> 5 ショック
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルケア・トレーナー	<input type="checkbox"/> 1 セット	<input type="checkbox"/> 6 浮腫・脱水
<input type="checkbox"/> 全身演習モデル(ケース含)	<input type="checkbox"/> 1 子どもの身体計測	<input type="checkbox"/> 7 排尿障害
<input type="checkbox"/> ミニアンプラス	<input type="checkbox"/> 2 子どものバイタルサインズ測定	<input type="checkbox"/> 8 排便障害
<input type="checkbox"/> AEDトレーニングパッド	<input type="checkbox"/> 3 子どもの穿刺と看護技術	<input type="checkbox"/> 9 意識障害
<input type="checkbox"/> パルスオキシメータフィンガー	<input type="checkbox"/> 4 子どもの安全を守る看護技術	<input type="checkbox"/> 10 不眠
	実践・訪問看護シリーズ全4巻	<input type="checkbox"/> 11 うつ状態
	<input type="checkbox"/> 1 訪問看護の基本	<input type="checkbox"/> 12 難聴・耳鳴り・めまい
	<input type="checkbox"/> 2 在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 13 高次脳機能障害
	<input type="checkbox"/> 3 褥瘡ケア	<input type="checkbox"/> 14 運動障害
	<input type="checkbox"/> 4 感染予防	

※物品借用に当たっては下記条件を遵守致します。

- 1) 貸出物品の引き渡し、維持、修理及び返納に要する費用は、借受人が負担する。
- 2) 貸出物品を毀損又は紛失した場合は借受人が損害賠償の責を負う。
- 3) 貸出物品は、転貸してはならない。
- 4) 貸出物品は、貸出の目的以外の用途に使用しない。
- 5) 貸出物品は、貸出期間満了の日までに静岡県訪問看護ステーション協議会に返納する。

貸出日	令和 年 月 日	担当者	
返却日	令和 年 月 日	担当者	