

시설 및 기자재 사용 신청서

|         |                                                                                                                                                                                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 사용 일시   | 20    년      월      일      시 ~<br>월      일      시(     시간)                                                                                                                             | 사용 장소  | <input type="checkbox"/> 2-314호(아동•신생아)<br><input type="checkbox"/> 2-315호(응급•중환자)<br><input type="checkbox"/> 2-316호(가정/요양•정신)<br><input type="checkbox"/> 2-317호(VR•홀로렌즈)<br><input type="checkbox"/> 2-318호(성인 ALS•노인 ALS)<br><input type="checkbox"/> 2-521호(성인)<br><input type="checkbox"/> 2-522호(여성)<br><input type="checkbox"/> 기타 (          직접기재          ) |
| 신청 기관명  |                                                                                                                                                                                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 대상자     | <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 수간호사 <input type="checkbox"/> 교원<br><input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 기타 (                                  ) | 사용 기자재 | <input type="checkbox"/> 고기능성인시뮬레이터(HAL)<br><input type="checkbox"/> 고기능아동시뮬레이터(SUPER TORY)<br><input type="checkbox"/> 여성시뮬레이터(SimMom)<br><input type="checkbox"/> 성인시뮬레이터(SimMan 3G)<br><input type="checkbox"/> 성인•응급 시뮬레이터(SimMan ALS)<br><input type="checkbox"/> 기타 (          직접기재          )                                                                  |
| 인원      | 명                                                                                                                                                                                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 담당자 이름  |                                                                                                                                                                                        | 사용 모형  | <input type="checkbox"/> 정맥주사용 팔모형<br><input type="checkbox"/> 근육주사용 둔부모형<br><input type="checkbox"/> 도뇨 모형<br><input type="checkbox"/> CPR 모형<br><input type="checkbox"/> 기타 (          직접기재          )                                                                                                                                                              |
| 담당자 연락처 | -                                  -                                                                                                                                                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 담당자 이메일 | @                                                                                                                                                                                      | 기타 소모품 | <input type="checkbox"/> (직접기재 Ex: N주사용품, 폴리카테터 등)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 사용 목적   |                                                                                                                                                                                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 요청 사항   |                                                                                                                                                                                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

☎ 사용문의: 052-230-0729

**시설 및 기자재 사용 기준**

1. 사용 신청은 신청서 및 공문에 의거 1주(사용일 기준)전에 신청하여야 한다.

2. 사용 시간은 09:00 – 18:00로 한다. (공휴일 제외, 그 외 시간 별도 문의)

3. 승인 결과는 이메일, 문자메시지 또는 유선으로 통보한다.

4. 시설 사용 시 식품 및 음료 반입을 하지 않는다.

5. 시설 사용 등록 인원 외 추가 인원 발생 시 반드시 담당자에게 알린다.  
\*별첨 문서에 참가 인원의 소속 및 성명을 작성해주시시오.

상기와 같이 시설 및 기자재 사용 신청서를 제출합니다.

20    년      월      일

기관명 :

신청자 :                                  (      서명      )

울산과학대학교 간호대학 실습교육지원사업단 귀하