**年　　　月　　　日**

**先端医療技術トレーニングセンター**

**使用申請書 兼 許可書**

**東北大学病院**

**先端医療技術トレーニングセンター長　殿**

**主催団体名　□ 院内診療科　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**□ 艮陵協議会 → 3ページ目の「艮陵協議会主催の場合」をご記入下さい。**

**□ その他　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**代表者　氏　名**

**所　属**

**ご住所（院内の場合は不要）**

**連絡先　【電話】**

**【ＦＡＸ】**

**【E-mailアドレス】**

**１．トレーニング名　『　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 』**

**２．使用日時（事前準備日および機器撤収日も含む）**

**開始：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　　時　　　　　分**

**終了：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）　　　　　時　　　　　分**

**３．使用目的**

**該当するものを全て☑してください。　※動物を用いる場合は下記に承認番号を記載して下さい。**

**□ Wet labトレーニング　　　　　　　　　※教育研修計画書承認番号【　　　　　　　　】**

**□ Wet labトレーニング（急性実験を含む）※動物実験計画書承認番号【　　　　　　　　】**

**□ Dry lab トレーニング**

**□ それ以外（摘出臓器トレーニング等）**

**４．プログラム概要**

**（ブタの絶食時間や麻酔の目安となりますので、詳細に記入。別紙にてプログラムの提出も可。）**

**５．使用動物**

**□ なし**

**□ SPF家畜ブタ 　 　　 匹**

**□ ミニブタ 　 　　 匹**

**□ その他**

**６．動物の条件の有無**

**□ 無**

**□ 有　　（　　　　　　　 kg以上、　♂　 　　匹　）**

**指定がある場合ご記入ください。特に指定は無い場合は３〜４ヶ月齢で３０〜４０kgの動物を使用します。**

**７．使用施設**

**該当するものを全て☑してください。**

**□ 全て（更衣室、講師控え室、講義室、実習室、手術室）**

**□ 講義室**

**□ 手術室**

**□ 実習室**

**□ 講師控え室**

**□ 更衣室**

**８．施設内の手術機器・消耗品使用希望**

**□ 有　（一部持ち込みを含む）**

**□ 無　（全て持ち込み）**

**９．麻酔導入・維持・管理希望**

**□ 自科で麻酔**

**□ 麻酔を依頼（依頼する場合は、トレーニングセンターへ事前にご相談ください。TEL: 022-717-7898）**

**※ブタの搬送等については、全員で行う。**

**１０．参加予定人数：合計** 　　　　　**名 （受講者**　　　 　**名　／　講師　　　 　名）**

**１１．参加者名簿の提出**※必ず事前にご提出ください。

**□ 参加者が確定している → 下記の名簿にご記入ください。**

**□ これから募集する → 参加者が分かり次第、お知らせください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **所属** | **職名** |  | **氏名** | **所属** | **職名** |
| **1** |  |  |  | **13** |  |  |  |
| **2** |  |  |  | **14** |  |  |  |
| **3** |  |  |  | **15** |  |  |  |
| **4** |  |  |  | **16** |  |  |  |
| **5** |  |  |  | **17** |  |  |  |
| **6** |  |  |  | **18** |  |  |  |
| **7** |  |  |  | **19** |  |  |  |
| **8** |  |  |  | **20** |  |  |  |
| **9** |  |  |  | **21** |  |  |  |
| **10** |  |  |  | **22** |  |  |  |
| **11** |  |  |  | **23** |  |  |  |
| **12** |  |  |  | **24** |  |  |  |

**１２．【重要】倫理講義の受講について**

**東北大学で動物を用いたトレーニング（WetLab）や動物実験を実施するには、動物実験専門委員会で行なわれている「動物実験に関する全学的教育訓練」を事前に受講していることが前提です。ただし、トレーニング（WetLab）の受講者で本教育訓練を受けていない方は、主催者がトレーニング当日に「倫理講義」を実施し、受講することを義務付けています。**

**トレーニング（WetLab）の受講者で本教育訓練を受けていない方は、当日の「倫理講義」を受講することに同意しますか。**

**□ 同意する　　　□ 同意しない**

**（倫理講義の実施に関しては事前にトレーニングセンターにお問い合わせをお願いします。）**

**１３．ご要望**

**先端医療技術トレーニングセンター　記載欄**

**年　　　月　　　日**

**許　可　致します。**

**許　可　致しかねます。**

**申請のありました当センターの利用について、**

**先端医療技術トレーニングセンター長**

**トレーニング管理者：**

**◆◇◆ 書類提出先 ◆◇◆**

**東北大学病院卒後研修センター Email：**[**hos-sotu@grp.tohoku.ac.jp**](mailto:hos-sotu@grp.tohoku.ac.jp)

**艮陵協議会事務局 Email：**[**info@gonryo.com**](mailto:info@gonryo.com) **(※)**

**(※) 艮陵協議会主催の場合は「卒後研修センター」および「艮陵協議会事務局」へご提出ください。**

**(※) 弁当・謝金等については、直接「艮陵協議会事務局」とご相談ください。**

**艮陵協議会主催の場合**

**トレーニング名：　　　『　　　　　　　　　　　　　　　　　　　』**

**実施日：　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　(　　)**

**代表者：　　　　　　　　氏名**

**所属**

**E-mailｱﾄﾞﾚｽ**

**電話番号**

1. **タスク数　　　　人**

**(　講師　　　　　　人　)**

**(　スタッフ　　　　人　)**

**【タスク名簿】**

**講師・動物実験室スタッフなど合わせて12名まで謝金が支払われます。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **講師 / ｽﾀｯﾌ** | **氏名** | **所属** | **職名** | **日当** | |
| **1** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **2** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **3** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **4** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **5** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **6** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **7** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **8** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **9** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **10** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **11** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **12** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **13** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **14** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **15** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |
| **16** |  |  |  |  |  | **全日 ／ 半日** |

1. **受講者数　　　　　人**

**（募集対象を○で囲んでください（複数可）：　初期研修医　　後期研修医　　上級医）**

**【受講者名簿】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **所属** | **役職** | **備考** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

1. **弁当の数　　　　　　　　個**

**（講師　　　名、スタッフ　　　名、受講者　　　名、その他（　　）　　　名）**

**○弁当のお届け先：　　　　　　トレーニングセンター**

**○お届け日時：　　　　　　　　　　月　　日　(　)　　　　時**

**○当日の連絡先　氏名：**

**TEL：**

1. **修了証書の有無　　 有　　無**