

CCSC施設見学の申込書

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな 申込者氏名	所属	役職	
連絡先 電話 e-mail			
見学希望日時 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 分間 都合によりご希望に添えない場合もあります			
見学の目的			
案内希望の有無 ☐ CCSCスタッフによる案内を希望する 平日の9:00~17:00で指定してください 特に説明してほしい内容がある場合にはこちらにお書きください。 ☐ 希望しない(申込者が行う)			
見学者名簿	団体名	総勢 人	
分かるようでしたら以下もご記入ください。			
氏名	所属	役職	連絡先

見学を許可します。

千葉大学院医学研究院附属クリニカル・スキルズ・センター長

印

注意事項

許可なくシミュレータに触れることはできません。
使用状況により、全ての部屋を見学できないこともあります。