

義大國際微創手術訓練中心/臨床技能中心

場地使用申請單

申請日期： 年 月 日

主辦單位	<input type="checkbox"/> 義守大學 單位： _____						聯絡人 / 電話	連絡人： 電話/分機：			
	義大醫療財團法人										
	<input type="checkbox"/> 義大醫院 單位： _____										
	<input type="checkbox"/> 義大癌治療醫院 單位： _____										
	<input type="checkbox"/> 義大大昌醫院 單位： _____										
<input type="checkbox"/> 義大醫療其他機構 名稱/單位： _____											
<input type="checkbox"/> 其他機構 名稱/單位： _____											
協辦單位											
活動名稱											
必要附件	<input type="checkbox"/> 課程表										
* 申使用地日點數	微創中心	<input type="checkbox"/> 1. 微創手術室 _____年____月____日____時至____月____日____時 <input type="checkbox"/> 2. 顯微手術室 _____年____月____日____時至____月____日____時 <input type="checkbox"/> 3. 環場會議室 _____年____月____日____時至____月____日____時 <input type="checkbox"/> 4. 多功能教室 _____年____月____日____時至____月____日____時									
	臨床技能中心	<input type="checkbox"/> 1. 模擬診間 _____年____月____日____時至____月____日____時 <input type="checkbox"/> 2. 模擬加護病房 _____年____月____日____時至____月____日____時 <input type="checkbox"/> 3. 模擬開刀房 _____年____月____日____時至____月____日____時 <input type="checkbox"/> 4. 互動式教室 _____年____月____日____時至____月____日____時 <input type="checkbox"/> 5. 小組討論教室(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) _____年____月____日____時至____月____日____時 <input type="checkbox"/> 6. 臨床技能中心測驗考場(_____間) _____年____月____日____時至____月____日____時									
核示意見	收費金額： <input type="checkbox"/> 免費； <input type="checkbox"/> 需付費，如報價單：新台幣 _____元 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因： _____										
管 理 單 位						借 用 單 位					
醫部 教 部 長		財 務 部		單 位 主 管		經 辦		單 位 主 管		經 辦	

空間使用注意事項：

1. 本中心之使用以義守大學/義大醫療財團法人所屬機構活動為優先，本表單以一次活動為限。
2. 各單位需借用本中心之場地，請於5個工作天前先與本中心人員聯繫，以確定使用需求，並填寫義大國際微創手術訓練中心/臨床技能中心場地使用申請單一份，上簽相關長官同意並繳費後方可使用。
- * 3. 非義守大學/義大醫療財團法人所屬機構租用場地，每次以4小時為計算單位，每次若未滿4小時以4小時計算，本中心派員協助費用依管理辦法規定。