**ＣＳＴ利用計画申請書**

申請日　　　　年　　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用責任者** | 所属 |  | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | | | |
| 氏名 | ㊞ | | | | | | | |
| **指導責任者** | 所属 |  | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | | | |
| 氏名 | ㊞ | | | | | | | |
| **監督者** | 所属 |  | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | | | |
| 氏名 | ㊞ | | | | | | | |
| **研修等の名称** |  | | | | | | | | |
| **実施回数・実施形態** | 全　　　　　回の　　　　　回目 | | | | | | | | |
| **課題名** |  | | | | | | | | |
| **研修等の目的**  該当する項目に〇 | 教育 | | | （　　 　）基本的な医療技術の習得 | | | | | |
| （　 　　）基本的な手術手技、標準手術の習得 | | | | | |
| （　　 　）高度な技術を要する手術手技の習得 | | | | | |
| 研究 | | | （　 　　）手術手技に関連する臨床解剖の研究 | | | | | |
| （　 　　）新規の手術手技の研究開発 | | | | | |
| （　 　　）医療機器等の研究開発 | | | | | |
| **実施希望日** | 年　　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |
| **実施希望時間帯** | （　　 　）午前のみ | | | | | （　　 　）午後のみ | | （　　 　）終日（9～17時） | |
| **実施場所** | 大阪歯科大学 楠葉学舎 1号館1階 第1実習室 | | | | | | | | |
| **施設使用期間** | 年　　　　月　　　　日　～　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| **参加者数見込**  学内・学外の別 | 合計  人 | | | | （学内）  人 | | | （学外）  人 | |
| **見学者数見込**  人的支援を含む | 合計  人 | | | | （学生）  　　　　　　人 | | （コメディカル）  　　　　　　　人 | | （業者等）  　　　　　　人 |
| **研修の周知・参加者募集の方法** |  | | | | | | | | |
| **参加資格（定める場合）** |  | | | | | | | | |
| **ご遺体の数・固定方法** | 体 | | （　　 　）固定〔飽和食塩溶液〕　　（　　 　）固定〔Thiel液〕  （　　　 ）固定〔4％ホルマリン〕 　（　　　 ）未固定〔新鮮凍結〕 | | | | | | |
| **解剖部位**  該当する全ての  項目に〇 | （　　 　）上顎〔上顎洞含む〕　（　　 　）下顎　　（　　 　）顎関節  （　　 　）頚部　　　　　　　　（　　 　）胸部　　（　　 　）腹部  （　　 　）骨盤部　　　　　　　（　　 　）上肢　　（　　 　）下肢  （　　 　）その他〔内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | |
| **研修内容**  手術手技の構成、座学の内容、講師構成などを想定できる範囲で具体的にお願いします。 |  | | | | | | | | |
| **使用設備・器械など** |  | | | | | | | | |