

FAX

FAX:059-253-1119 又は 059-271-5700**【介護ロボット・ICT機器試用貸出申込書】**

* ご記入の上、FAXにてお送りください。

みえ介護生産性向上支援センター宛

申込日：令和 年 月 日

法人名		
事業所名		
事業所所在地	〒	
サービス種別 (○で囲んでください)	①訪問介護 ②訪問入浴 ③訪問看護 ④通所介護 ⑤介護老人福祉施設 ⑥介護老人保健施設 ⑦特定施設入居者生活介護 ⑧小規模多機能型居宅介護 ⑨認知症対応型共同生活介護 ⑩居宅介護支援 ⑪その他 ()	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
ご担当者	役職	(フリガナ)
		(氏 名)

希望する機器の 企業名		
希望する機器名		
希望台数		
試用貸出の目的 *該当するものすべてに ○をつけてください	1.利用者のサービスの質を向上させたい 5.職員の身体的負担軽減を図りたい 2.利用者の自立支援につなげたい 6.職員間の連携等による効率化を図りたい 3.利用者の安全性向上につなげたい 7.導入を検討しているため 4.職員の業務時間の効率化を図りたい 8.他機器と比較をするため	
試用対象者 *該当するものすべてに ○をつけてください	1.施設長 5.看護職員 2.管理者 6.介護支援専門員 3.ユニットリーダー 7.リハビリ職 4.介護職員 8.その他職員	
希望する期間 *原則2週間～1か月	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
当HP掲載【試用貸出時の留意事項】について	<input type="checkbox"/> 確認しました	

※申込書に記載された個人情報は、当センターの個人情報管理規定に従い厳重に管理し、本事業の運営のために使用させていただきます。それ以外の目的では使用いたしません。