

試用貸出申込書

【申込者】

所属先名称(法人名・事業所名):

代表者(管理者)氏名:

介護テクノロジーの試用貸出について、以下のとおり申し込みます。

1. 申込者情報

所属先種別 ※1つを選択	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 3 介護老人保健施設 4 介護医療院 5 訪問介護 6 訪問入浴介護 7 訪問看護 8 訪問リハビリテーション 9 居宅療養管理指導 10 通所介護 11 地域密着型通所介護 12 通所リハビリテーション 13 短期入所生活介護 14 短期入所療養介護 15 特定施設入居者生活介護 16 地域密着型特定施設入居者生活介護 17 居宅介護支援 18 小規模多機能型居宅介護 19 看護小規模多機能型居宅介護 20 夜間対応型訪問介護 21 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 22 認知症対応型通所介護 23 認知症対応型共同生活介護 24 養護老人ホーム 25 軽費老人ホーム 26 その他(サービス種別)	
担当者(申込者)氏名		
担当者(申込者職種)	1 施設長 2 ケアマネジャー 3 介護職員 4 生活相談員	5 看護職員 6 機能訓練指導員 7 その他()
住所等連絡先	〒	
	TEL	
	FAX	

	E-mail
保険加入の有無※	1 加入している 2 加入していない
留意事項の 確認チェック	別添の留意事項を確認しました。 代表者氏名: _____

※申込者が機器を破損もしくは紛失し損害賠償を負った場合、それを補償する保険への加入の有無。

2. 借用物情報

試用貸出を行う 企業名※	
希望機器名(機種)	
希望個数(台・セット)	_____ 個 (台・セット)
借用の目的 (○はいくつでも)	1 介護現場に試験的に導入して効果を確認したい 2 製品を使いこなすことができるか操作感を確認したい 3 安全性に問題がないか確認したい 4 自施設の環境で問題なく使用できるか確認したい 5 その他()
事業所の課題	例)夜間に利用者の状態が分からず無駄な訪室が多い
期待する効果	例)見守りセンサーを導入することにより、タブレットから利用者の状態が分かるようになり、夜間の無駄な訪室という問題が軽減され、職員の身体的・精神的負担が軽くなり、職員の離職が減ることが期待する。
希望する借用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
試用貸出リスト	1 掲載されている 2 掲載されていない

※試用貸出リストに記載されている「問い合わせ先」の企業名を記入してください。開発企業と試用貸出企業は異なる場合がございます。