



介護機器の試用貸出 申込書

※諸事項をご記入いただきFAXでお送りください。(E-mailでの送信も可)

E-mailの場合は件名を「生産性向上相談申込(事業所名)」として裏面の申込書を「PDF化」して添付願います。
ホームページからの申込も出来ます。<https://www.kaigo-center.or.jp/shibu/gifu/contents/1.html>

※申込後はセンターからご担当あてに確認の連絡がありますので、宜しくお願いいたします。

①お申込者様 (なお、申込後1週間経過しても連絡がない場合は、お手数をお掛けしますがセンターへご連絡ください)

| | | | |
|----------|--------|---|--|
| 法人名 | | | |
| 事業所名 | | | |
| 主なサービス種別 | | 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.訪問看護(入浴、リハビリ含む) 7.通所介護(リハビリ含む) 8.短期入所(生活、療養介護) 9.居宅介護支援 10.小規模多機能型居宅介護 11.認知症対応型居宅介護 12.認知症対応型共同生活介護 13.その他() | |
| 所在地 | | 〒 - | |
| 連絡先 | TEL | FAX | |
| | E-mail | ※使用后アンケートをご送付しますので必ずご記入ください。 @ | |
| ご担当 | 役職 | 氏名 | |

②試用貸出機器

| | |
|----------------------|---|
| 希望する機器の企業名 | |
| 希望する機器の機種名 | |
| 希望数(台数) | |
| 貸出リスト掲載 | ・掲載されている ・未掲載 |
| 試用貸出の目的 (複数回答可) | 1 利用者のサービスの質を向上させたい。 2 利用者の自立支援につなげたい。 3 利用者の安全性向上につなげたい。 4 職員の業務時間の効率化を図りたい。 5 職員の身体的な負担軽減を図りたい。 6 職員間の連携等による効率化を図りたい。 7 その他() |
| 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 |
| 下記の【試用機器貸出の留意事項】について | <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しない |
| その他伝達事項 | |

【試用機器貸出の留意事項】

- ・試用貸出にあたって、まずは機器の使用目的を明確にし、目的に合った使用方法等をご確認ください。
- ・試用貸出機器の使用にあたっては、必要に応じてご利用者及びそのご家庭の合意を取ってください。
- ・試用貸出にあたっては、貸出企業から機器の使用方法和リスク等についてのレクチャーを必ず受けてください。
- ・試用貸出にあたって借出者の費用負担は原則ありませんが、試用貸出費用以外の詳細な条件は貸出企業とご調整いただき、必要に応じて書類等の作成をお願いいたします。(借出者と貸出企業間で必要に応じて契約書等を作成)
- ・試用貸出機器の返却の際には、破損等が無いかの確認を行ってください。破損・紛失が生じた場合は賠償責任が発生する可能性がありますので、予めご承知ください。
- ・万一、事故が起こった際には、製品に起因、または、使い方に起因するかで、もめる場合があるため、使用状況の記録を確実に行うようにしてください。(記載項目例:対象者の身長・体重等の身体データ、介護の状況、使用場面、使用時間、頻度、介護者付有無)
- ・試用貸出機器使用時の事故について、介護生産性向上総合相談センターでは、一切の責任を負いませんので、ご承知ください。
- ・申込者記載内容につきましては、借出者への連絡および匿名化した統計以外には使用いたしません。