

FAX

088-871-6248

※諸事項をご記入いただきFAXまたは
メールにてお送りください。
お申込み受付後、センターから連絡いたします。

■介護ロボット等試用貸出申込書■

法人名				
事業所名				
主なサービス種別				
所在地		〒 ー		
連絡先	TEL		FAX	
	E-mail	※メールでのご案内に利用させていただきます。 @		
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		☐ 同意します ☐ 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用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します。（借用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、借用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。
- ・返却時に「試用貸出後のアンケート」への記載をいただくことが必須となりますので、ご協力をお願いいたします。