



【介護ロボット・ICT機器試用貸出申込書】

●ご記入のうえ、E-maiもしくはFAXによりお申し込みください。

E-mail: mie.seisan24@gmail.com

FAX: 059-271-5700

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 (☒ チェック)	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 特定施設入居者生活介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 居宅介護支援 ☐ その他（ ）	
連絡先	電話番号	
	F A X 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		☐ 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。