

試用貸出申込書

申込日	令和__年__月__日																								
法人名																									
事業所名																									
サービス種別 (○は1つ)	<table border="0"> <tr> <td>1. 介護老人福祉施設</td> <td>13. 短期入所生活介護</td> </tr> <tr> <td>2. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</td> <td>14. 短期入所療養介護</td> </tr> <tr> <td>3. 介護老人保健施設</td> <td>15. 特定施設入居者生活介護</td> </tr> <tr> <td>4. 介護医療院</td> <td>16. 地域密着型特定施設入居者生活介護</td> </tr> <tr> <td>5. 訪問介護</td> <td>17. 居宅介護支援</td> </tr> <tr> <td>6. 訪問入浴介護</td> <td>18. 小規模多機能型居宅介護</td> </tr> <tr> <td>7. 訪問看護</td> <td>19. 看護小規模多機能型居宅介護</td> </tr> <tr> <td>8. 訪問リハビリテーション</td> <td>20. 夜間対応型訪問介護</td> </tr> <tr> <td>9. 居宅療養管理指導</td> <td>21. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</td> </tr> <tr> <td>10. 通所介護</td> <td>22. 認知症対応型通所介護</td> </tr> <tr> <td>11. 地域密着型通所介護</td> <td>23. 認知症対応型共同生活介護</td> </tr> <tr> <td>12. 通所リハビリテーション</td> <td>24. その他 ()</td> </tr> </table>	1. 介護老人福祉施設	13. 短期入所生活介護	2. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	14. 短期入所療養介護	3. 介護老人保健施設	15. 特定施設入居者生活介護	4. 介護医療院	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護	5. 訪問介護	17. 居宅介護支援	6. 訪問入浴介護	18. 小規模多機能型居宅介護	7. 訪問看護	19. 看護小規模多機能型居宅介護	8. 訪問リハビリテーション	20. 夜間対応型訪問介護	9. 居宅療養管理指導	21. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	10. 通所介護	22. 認知症対応型通所介護	11. 地域密着型通所介護	23. 認知症対応型共同生活介護	12. 通所リハビリテーション	24. その他 ()
1. 介護老人福祉施設	13. 短期入所生活介護																								
2. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	14. 短期入所療養介護																								
3. 介護老人保健施設	15. 特定施設入居者生活介護																								
4. 介護医療院	16. 地域密着型特定施設入居者生活介護																								
5. 訪問介護	17. 居宅介護支援																								
6. 訪問入浴介護	18. 小規模多機能型居宅介護																								
7. 訪問看護	19. 看護小規模多機能型居宅介護																								
8. 訪問リハビリテーション	20. 夜間対応型訪問介護																								
9. 居宅療養管理指導	21. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護																								
10. 通所介護	22. 認知症対応型通所介護																								
11. 地域密着型通所介護	23. 認知症対応型共同生活介護																								
12. 通所リハビリテーション	24. その他 ()																								
事業所住所	〒																								
事業所連絡先電話番号																									
事業所連絡先 FAX 番号																									
事業所連絡先 E-mail																									
担当者(申込者)氏名																									
担当者(申込者)職種	<table border="0"> <tr> <td>1. 施設長</td> <td>5. 看護職員</td> </tr> <tr> <td>2. ケアマネジャー</td> <td>6. 機能訓練指導員</td> </tr> <tr> <td>3. 介護職員</td> <td>7. その他 ()</td> </tr> <tr> <td>4. 生活相談員</td> <td></td> </tr> </table>	1. 施設長	5. 看護職員	2. ケアマネジャー	6. 機能訓練指導員	3. 介護職員	7. その他 ()	4. 生活相談員																	
1. 施設長	5. 看護職員																								
2. ケアマネジャー	6. 機能訓練指導員																								
3. 介護職員	7. その他 ()																								
4. 生活相談員																									
保険加入の有無 ※	<table border="0"> <tr> <td>1. 加入している</td> </tr> <tr> <td>2. 加入していない</td> </tr> </table>	1. 加入している	2. 加入していない																						
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	裏面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。

借用物情報						
試用貸出を行う企業名 ※						
希望機種名(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)	<table border="0"> <tr> <td>1. 介護現場に試験的に導入して効果確かめたい</td> </tr> <tr> <td>2. 製品を使いこなすことができるか操作感を確かめたい</td> </tr> <tr> <td>3. 安全性に問題がないか確認したい</td> </tr> <tr> <td>4. 自施設の環境で問題なく使用できるか確認したい</td> </tr> <tr> <td>5. その他 ()</td> </tr> </table>	1. 介護現場に試験的に導入して効果確かめたい	2. 製品を使いこなすことができるか操作感を確かめたい	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 ()
1. 介護現場に試験的に導入して効果確かめたい						
2. 製品を使いこなすことができるか操作感を確かめたい						
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、夜間の無駄な訪室が軽減され、職員の肉体的・精神的負担が軽くなり、職員の離職が減ることを期待する
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

※ 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。

留意事項

【試用貸出時の留意事項】

- 借用にあたって、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検討ください。
- 借用した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族の合意を取ってください。
- 借用にあたっては、機器の使い方とリスクについてのレクチャーを必ず受けて下さい。
- 借用にあたって借用者の費用負担はございません。なお、借用費用以外の詳細な条件は貸出者にご調整頂きますようお願いいたします。
- 借用・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。
- 事故発生時の保証に関して、以下を御確認下さい。
 - ▶ 試用貸出の対象となる機器が、PL 法（製造物責任法）で守られていることを確認して下さい。
 - ▶ 事故が起こった際に、製品に起因するのか、使い方に起因するかもめるケースがあるため、使用状況の記録を確実に行うようにして下さい。
 - ※ 記載項目例：対象者の身長・体重等の身体データ、普段の介護状況、使用場面、使用時間・頻度、介護者付添有無
- 申込書記載内容につきましては、借用者への連絡及び匿名化した統計以外には使用致しません。
- 機器使用時の事故について、相談窓口では一切の責任を負いませんのでご承知下さい。

個人情報の取扱同意	1. 同意する 2. 同意しない
-----------	---------------------

「個人情報の取り扱いについて」

- 本フォームへの個人情報の登録（氏名等）はご本人の任意です。「同意しない」を選択された場合、本事業への登録内容は個人情報以外の入力情報となり、個人情報に当たる項目は本事業への記入内容として登録されません。
- 個人情報の利用目的：取得した個人情報は、以下の目的で利用いたします。以下の目的の範囲を超えて利用することはいたしません。
 - ・鳥取県介護生産性向上総合相談センター運営事業 に関する相談対応
- 個人情報の第三者提供について：サービスの円滑な運営を行うため、「4. 個人情報の利用目的」で定める利用目的の範囲内にて、お客様の個人情報を以下のとおり提供する場合 があります。
 - ・提供する個人情報の項目： 氏名、所属・役職、メールアドレス、電話番号
- 個人情報の開示等について：ご本人からの求めにより、個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止（以下、「開示等」といいます。）に応じます。
- 個人情報の安全管理措置について：個人情報への不正アクセスまたは個人情報の漏洩、紛失、改ざんその他の危険に対して、必要な安全管理措置を講じるよう努めます。

ご協力下さり誠にありがとうございました。