**福島県医療施設用ロボット導入促進事業　実施計画書**

提出日：令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名（法人名等） |  |
| 所在地 | 〒 |
| 代表者名（ふりがな） |  |
| 利用医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 連絡先（必ずご記入ください。） | 担当者所属部署 | 　 |
| TEL　 | FAX　 |
| Mail　 |
| ロボット・台数 | 希望のロボットの名称と台数を記入してください。　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 （　　　　 台）**※台数については、申請状況により、御希望に沿えない場合もございますので予め御了承ください。** |
| ロボットの装着が想定できる患者数 |  | ロボットの合計使用予定時間（1日） |  |
| 使用予定業務 |  |
| 導入する目的、理由 |  |
| 事業参加状況（あてはまるものにチェックしてください。） | 【 医療施設用ロボット無償貸与事業への参加の有無 】□あり　　□なし　　 |
| 【過去の当事業での医療施設用ロボット導入経験の有無 】□あり　　□なし |

※「医療機関責任者」、「担当者」は、必ず交付要綱、実施要領をご確認ください。

|  |
| --- |
| 要綱・要領確認者チェック欄 |
| * 医療機関責任者　　　　　氏名（　　　　　）
 |
| * 担当者名　　　　　　　　氏名（　　　　　）
 |
| * ロボット利用申請担当者　氏名（　　　　　）
 |

※同一法人で複数の医療機関で導入する場合、医療機関別に申請すること。