**福島県介護ロボット普及促進事業　実施計画書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | |
| 法人住所 |  | | | |
| 法人代表者名  （ふりがな） |  | | | |
| 施設名 |  | | | |
| 施設種別 |  | | | |
| 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 | 希望のロボットにチェックし、希望台数を記入してください。   * HAL®腰タイプ　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　 台） * マッスルスーツ®Every　　　　 　　 　　 　　　 （　　 　　 台） * マッスルスーツ®GS-BACK　　 　　 　　 　　　 （　　 　　 台） * Keipu-Sb　　　　　　　　　　　　　　　 　　 （　　　　 台） * 「移乗です」　　　　　　　　　 　　　　　　　 （　　 　　 台）   **※複数のロボットを選択いただくことも可能です。また、台数に制限はありません。**  **※申請状況により、ご希望に沿えない場合もございますので予めご了承ください。** | | | |
| 施設平均介護度 |  | ロボットの合計使用予定時間（1日） | |  |
| 使用予定介護業務 |  | | | |
| 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。） | 【 介護ロボット無償貸与事業への参加の有無 】  □あり　　□なし | | | |
| 【過去の当事業での介護ロボット導入経験の有無 】  □あり（□HAL　□マッスルスーツ）　　□なし | | | |

※「代表者」、「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 | |
| * 施設代表者 | * 担当者 |