

| | |
|-----|-----|
| 所 長 | 職 員 |
| | |

介護テクノロジー試用貸出申込書

申込日：令和 年 月 日

【申込者】

所属先名称 法人名：
事業所名：
代表者（管理者）氏名：

介護テクノロジーの試用貸出について、以下のとおり申し込みます。

1. 申込者情報

| | |
|-----------------|--|
| 所属先種別 ※1つを選択 | 1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護 5 訪問入浴介護 6 訪問看護 7 通所介護 8 通所リハビリテーション 9 短期入所サービス 10 小規模多機能型居宅介護 11 認知症対応型共同生活介護 12 養護老人ホーム 13 軽費老人ホーム 14 その他（ ） |
| 担当者（申込者）氏名 | |
| 担当者（申込者職種） | 1 施設長 2 ケアマネジャー 3 介護職員 4 生活相談員 5 看護職員 6 機能訓練指導員 7 その他（ ） |
| 住所等連絡先 | 〒 |
| | TEL |
| | FAX |
| | E-mail |
| 保険加入の有無※ | 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。

2. 機器導入により解決したい現場の課題

| | |
|-------|---------------------------------|
| 現場の課題 | (例:「職員の腰痛発症率が高い」「転倒事故を減らしたい」など) |
|-------|---------------------------------|

3. 使用の目的

| | |
|------|--|
| 使用目的 | 1 体験したいから 2 導入したい機器だから 3 導入したい機器と同様の機能があるから 4 その他 () |
|------|--|

4. 借用物情報

| | |
|-----------------|---|
| 試用貸出を行う 企業名※ | |
| 希望機器名 (機種) | |
| 希望個数(台・セット) | _____個 (台・セット) |
| 希望する借用期間 | 令和 年 月 日頃～ を希望 *希望通り調整できないことがありますのでご了承ください |
| 試用貸出リスト | 1 掲載されている 2 掲載されていない |

※試用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。開発企業と試用貸出企業は異なる場合がございます。

【試用貸出時の留意事項】

- (1) 試用貸出の対象となる介護テクノロジー1種類につき、1枚の試用貸出申込書を作成すること。
同じ開発企業からの介護テクノロジーであっても、異なる製品の場合は、試用貸出申込書を分けてください。
- (2) 借用にあたって、まずは現場での課題を明確にし、課題解決に向けた使用方法等をご検討ください。
- (3) 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同意を取ってください。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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
- (8) 申込書記載内容につきましては、貸出企業への連絡及び匿名化した統計以外には使用致しません。
- (9) 機器使用時の事故について、あおもり介護生産性向上相談センターでは一切の責任を負いませんのでご承知下さい。
- (10) 貸出の翌年度、導入実績等のアンケートにご協力下さい。