（様式１）

試用貸出申込書

令和　年　月　日

所属先名称（法人名・事業所名）：

代表者（管理者）氏名：

介護ロボット試用貸出について、次のとおり申し込みます。

1. 申込者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所属先種別※１つ選択 | 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　訪問リハビリテーション８　居宅療養管理指導９　通所介護10　通所リハビリテーション11　短期入所サービス12　小規模多機能型居宅介護13　看護小規模多機能型居宅介護14　夜間対応型訪問介護15　定期巡回・随時対応型訪問介護16　認知症対応型通所介護17　認知症対応型共同生活介護18　障害者施設（高齢者の介助に使用）19　病院併設の介護施設へ貸与20　その他（サービス種別　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |
| 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 | 裏面留意事項を確認しました。代表者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |

※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．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） |
| 　　借用の目的　　（〇はいくつでも可） | １ １ 利用者に対するサービスの質を向上させたい２ ２ 利用者の自立支援に繋げたい３ ３ 利用者の安全性向上に繋げたい４ ４ 業務やサービスを効率化させたい５ ５ 介護職員の負担軽減に繋げたい６ ６ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　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 |

※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。

<留意事項>

【「試用貸出申込書」の記入に関する留意事項】

・「試用貸出申込書」について、以下ご留意ください。

* 記入内容へ漏れや誤記が無いか内容の確認を行ってください。
* 試用貸出の対象となる介護ロボット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ロボットであっても、試用貸出リストの掲載が異なる場合は、試用貸出申込書を分けてください。
* 押印は不要であることから原本の送付は必須ではなく、電子データの提出も可能とします。

【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ください。

・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と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。

・事故発生時の補償に関して、以下をご確認ください。

* 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ください。
* 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で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ください。

※記載事項目例：対象者の身長体重等のデータ、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、借用者への連絡および匿名化した統計以外には使用いたしません。

・機器使用等の事故について、相談窓口では一切の責任を負いませんのでご承知ください。