

年 月 日

一般財団法人ふくしま医療機器産業推進機構
理 事 長 様

住 所

名 称

代表者名

印

介護ロボット導入促進事業 実証事業参加申請書

2023年度ICT等を活用した介護現場生産性向上支援事業（福島県介護ロボット普及促進事業）における機器の実証調査について、下記のとおり申請します。

記

別紙「介護ロボット導入促進事業 実証計画書」のとおり

別紙

介護ロボット導入促進事業 実証事業計画書

1 申請者の概要

ふりがな 申請者名		住所	〒
TEL	- -	FAX	- -
MAIL		URL	
ふりがな 担当者名		住所	〒
TEL	- -	FAX	- -
MAIL		URL	

2 法人の概要（※ 下記の項目の記載がある会社パンフレットなどの既存の資料の提出でも構いません。）

フリガナ					
代表者 職・氏名					
設立年月日	年 月	資本金	万円	従業員数	人
現在の業種・業務内容・主要製品等					
沿革					

3 機器の名称・金額

名 称	
金 額	円（税別） / 1 台
台 数	台 ※ 採択された場合、供給可能な台数を記入してください。

4 機器の概要

<p>① 【機器の概要（機器の機能、ターゲットとする施設や利用者）について】</p> <p>② 【機器の活用による介護従事者の労働環境改善効果について】</p> <p>③ 【機器の扱いやすさ、使用方法習得までの想定される時間（研修等の必要性など、施設側にとっての導入のしやすさ）について】</p> <p>④ 【機器の安全面について】</p> <p>⑤ 【機器の価格面について】</p>
--

6 機器の写真

※ 使用例など貼付してください

※ 1ページにまとめる必要はありません。適宜枠を拡大してご利用下さい。