　年　　月　　日

川崎市生活支援機器・施設内支援機器等モニター評価等支援事業所登録申込書

１．基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名称（所在地） |  |
| 事業所名称（所在地）  ※複数登録する場合は列挙する。 |  |
| 担当者  （部署、担当者名、電子メール） |  |

２．製品・サービスを活用して改善したい分野（該当する部分に○）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 移乗 |  | 移動 |  | 入浴 |  | 排泄 |  |
| 見守り |  | 認知症ケア |  | 機能訓練 |  | 洗濯 |  |
| 掃除 |  | 買い物 |  | 食事 |  | 健康寿命 |  |
| その他  （具体的に） |  | | | | | | |

３．モニター評価等支援事業に対する協力可能な範囲（該当する部分に○）

|  |  |
| --- | --- |
| 開発準備段階によるアドバイス支援を行うことが可能 |  |
| 試作段階の製品・サービスについて、自らの職員や関係者で、評価チームを編成し、モニター調査を行うことが可能 |  |
| 試作段階の製品・サービスについて、コメントする程度であれば可能。 |  |
| 商品化された製品・サービスについて、自らの職員や関係者で、評価チームを編成し、モニター調査を行うことが可能 |  |
| 商品化された製品・サービスについて、コメントする程度であれば可能。 |  |

４．協力するにあたっての条件・要望（自由記載）

|  |
| --- |
|  |

５．事業所等の概要（複数登録する場合は、欄を増やして記入してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 担当者名 |  | |
| 担当者連絡先 | 住　所 |  |
| 電　話 |  |
| メール |  |
| 事業種別（指定事業）  ※団体の場合は主な活動内容 |  | |
| 職種別の常勤職員  ※施設のみ | 医　師（　　　人）、　リハ職（　　　人）、　看護職（　　　人）、  介護職（　　　人）、　その他（　　　人） | |
| 定員数利用者数  ※施設のみ  複数事業がある場合は、１事業ずつ分けて記載 | 事業名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  定員数（　　　人）  １ヶ月あたりの平均実利用者数（　　　人） | |
| 入所者や利用者の介護状況  ※施設のみ | 生活動作の殆どで支援が必要な方の割合（全体の約　　割）  生活動作の一部で支援が必要な方の割合（全体の約　　割）  殆どの支援が必要ない者の割合（全体の約　　割） | |