**福島県介護ロボット普及促進事業　実績書**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 導入したロボットにチェックし、導入台数を記入してください。□　HAL®腰タイプ　　　　　　　　　　　　　　　 （　　　　 台）□　マッスルスーツ®Exo-Power　　 　　　　 　　　 （　　 　　 台）□　マッスルスーツ®Soft-Power 　 　　　　 　　　 （　　 　　 台）* □　業務改善サポートユニットNexusBaseDX　　 （　　 　　 台）

with離床センサー「AISH」×FTcare-I□　「移乗です」　　　　　　　　　 　　　　　　　 （　　 　　 台） |
| 施設平均介護度 |  | ロボットの合計使用時間（1日） |  |
| 使用介護業務 |  |
| 導入した目的、理由 |  |
| 導入した感想 |  |

※「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 |