**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 |