様式２

介護福祉機器評価ラボ施設運営委託業務応募申請書　別紙

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法　　 人　　 名 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 電話・ＦＡＸ番号 | 電話 |  | | FAX |  | |
| 電子メールアドレス |  | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | | |
| 設立年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | |
| 法人格取得 | （法人の場合）　　　年　　　　　月 | | | | | |
| 種　　　　　　別 | １　介護老人福祉施設　　２　介護医療院  ３　介護老人保健施設　　４　介護療養型医療施設  ５　障害者福祉施設　　　６　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施　設　開　設　年 |  | | | | | |
| 定　　　　　　　員 | 人 | | 入 所 者 数 | | | 人 |
| 職　　　員　　　数 | 令和４年５月における人員配置状況について、下表に常勤換算数でご記入ください。（該当する職種のみ） | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 職種 | 常勤換算数（人） | 職種 | 常勤換算数（人） | | 施設長（管理者） |  | 栄養士 |  | | 医師 |  | 介護支援専門員・計画作成担当者 |  | | 生活相談員 |  | 支援相談員 |  | | 看護職員 |  | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 |  | | 介護職員 |  | 薬剤師 |  | | 事務職員 |  |  |  | | | | | | | |

１　介護福祉機器の活用により入所者の生活維持・向上に取り組んでいることがあればご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

２　介護福祉機器の活用により職員の業務効率化・負担軽減に取り組んでいることがあればご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

３　これまでに関与された介護福祉機器の開発や改良の実績についてご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

４　本委託事業を通じてどのような介護福祉機器を試用してみたいと考えていますか。

|  |
| --- |
|  |

５　本委託事業を運営するにあたっての人員体制についてご記入ください（対応する職種や人数、連携体制など）

|  |
| --- |
|  |

※直近の決算書を添付してください。