

別紙 様式1

広島県介護ロボット導入計画

平成 年 月 日  
(※1)

報告担当者職・氏名 \_\_\_\_\_

報告担当者連絡先 \_\_\_\_\_

法人名	介護サービス事業所名	サービス種別	定員数
介護ロボットの種別 (※2)	介護ロボットの製品名	導入 (セット) 数	
<b>【介護ロボット導入に至る経緯】</b>			
<b>【介護ロボットの使用計画】</b> (概ね3年間の使用計画を記入すること。)			
<b>【介護ロボット導入により達成すべき目標・期待される効果等】</b>			

(※1) 日付部分には、書類の作成日を記載すること。

(※2) 「広島県介護ロボット導入支援事業実施要領」第3条(2)ア内の、①移乗介護、②移動支援、③排泄支援、④「見守り・コミュニケーション」、⑤入浴支援、⑥介護業務支援のいずれかを記入。