

別紙 様式 1

広島県介護ロボット導入計画

令和 年 月 日
(※1)

報告担当者・氏名 _____

報告担当者連絡先 (TEL) _____

担当者メールアドレス _____

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	
【介護ロボット導入に至る経緯】			
【介護ロボットの使用計画】 (概ね3年間の使用計画を記入すること。)			
【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】			

(※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。