**令和４年度医療施設用ロボット等導入促進事業**

**訪問デモンストレーション申込書**

申込日　：　２０　　年　　　　月　　　　日

（申込期間：２０２２年７月２５日（月）～２０２３年１月３１日（火））

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名等 |  | |
|  |  | | |
| 担当者所属部署名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 電話番号 |  | |
| FAX番号 |  | |
| メールアドレス |  | |
| 希望日時 | 第一希望  　　　　 　　　月　　　　日　　　　時から | 参加予定人数  **名** |
| 第二希望  　　　　 　　　月　　　　日　　　　時から |
| 第三希望  月　　　　日　　　　時から |
| 希望機種  （ご希望の機種を✓、又は塗りつぶしをしてください。） | ● WALK-MATE LAB株式会社  □　WALK-MATE ROBOT・WM GAIT CHECKER  ● 株式会社イノフィス  □　マッスルスーツ®機能訓練モデル  □　アクティブ歩行器  ● CYBERDYNE株式会社  □　ＨＡＬ®自立支援用単関節タイプ  □　ＨＡＬ®自立支援用下肢タイプPro | |

* **訪問は、希望日時に従いロボットメーカーと日程調整を行った後、担当者へご連絡をいたします。**
* **同時に複数機器をお申込みいただけるのは、同一メーカーのロボットのみといたします。**

**令和４年度医療施設用ロボット等導入促進事業**

**訪問デモンストレーション申込書**

申込日　：　２０２２年　　１１月　　　２２日

（申込期間：２０２２年　　月　　日（　）～２０２３年　　月　　日（　））

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名等 | ○○法人○○会　○○病院 /○○学校 | |
|  |  | | |
| 担当者所属部署名 | ○○部 | |
| 所在地 | 福島県○○市○○―○○ | |
| 電話番号 | 123―456―7890 | |
| FAX番号 | 098―765―4321 | |
| メールアドレス | ○○○○○○＠○○.○○ | |
| 希望日時 | 第一希望  　　　　 　１2月　　12日　　１５時から | 参加予定人数  **２０名** |
| 第二希望  　　　　 　１2月　　15日　　１０時から |
| 第三希望  １月　　　１４日　　１４時から |
| 希望機種  （ご希望の機種を✓、又は塗りつぶしをしてください。） | ● WALK-MATE LAB株式会社  □　WALK-MATE ROBOT・WM GAIT CHECKER  ● 株式会社イノフィス  ■　マッスルスーツ®機能訓練モデル  ■　アクティブ歩行器  ● CYBERDYNE株式会社  □　ＨＡＬ®自立支援用単関節タイプ  □　ＨＡＬ®自立支援用下肢タイプPro | |

* **訪問は、希望日時に従いロボットメーカーと日程調整を行った後、担当者へご連絡をいたします。**
* **同時に複数機器をお申込みいただけるのは、同一メーカーのロボットのみといたします。**