

チャレンジ施設参加 申請書

提出日： 年 月 日

施設名			
代表者名		職種	
住所	〒		
TEL		FAX	
Email			

○腰痛予防指導者育成研修受講者

氏名		受講年度	平成 ・ 令和	年度
----	--	------	---------	----

○貴事業所の福祉機器所有について ※“ある”か“ない”かいずれかに○。“ある”の場合、数も記入

活用状況については ○、△、×いずれかを記入（○活用している △あまり活用していない ×現在使用していない）

福祉機器		数	活用状況
介護電動ベッド	ある ない	台	
多機能型車いす（肘掛け、足台固定でないタイプ）	ある ない	台	
スライディングボード	ある ない	枚	
スライディングシート	ある ない	枚	
スライディンググローブ	ある ない	枚	

*介護用リフトについて ※あると回答の場合、下記詳細も記入

所有状況（入浴以外）	リフトの種類	台数	活用状況
ある ない		台	
		台	
		台	

○腰痛対策について お悩みごと・課題等

【チャレンジ施設認定に向けての目標】

※いただいた内容は関係者内での共有以外の目的では使用いたしません。