みずほ福祉助成財団 平成29年度「電動車椅子」申込書

平成 29 年　　月　　日

法人名称 法人代表役職・氏名	(フリガナ) ㊞					
法人所在地	〒　　－　　TEL　　－　　－					
法人の概要						
申込施設名称 施設代表役職・氏名	(フリガナ)					
申込施設所在地	〒　　－　　TEL　　－　　－					
申込施設の種類						
申込施設の概要						
	施設利用者数　　人　（うち車椅子利用者数　　人）					
	ホームページ	有□	http://		無□	
申込施設の車椅子保有状況	電動式　　台		自走式　　台			
利用者個人の車椅子保有状況	電動式　　台		自走式　　台			
リハビリテーション専門職	理学療法士	在□ 無□	作業療法士	在□ 無□		
電動車椅子の主たる用途 ☞ ①～④から一つ選択して下さい	□①外出等社会参加の機会拡大 □②車椅子利用者が自走式から電動式に移行するための訓練用 □③入所者が所有する電動車椅子が故障した際の代替車 □④その他（　　）					
電動車椅子を必要とする理由						
贈呈後の利用計画						
	贈呈電動車椅子の想定利用人数（㊟正味人数）		人／月間			
贈呈電動車椅子の維持管理態勢						

連絡責任者	役職		氏名		連絡先	TEL	
						E-mail	