みずほ福祉助成財団 2021年度「電動車椅子」申込書

2021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	(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）			
	HP	http://		
施設の車椅子保有状況	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	名	作業療法士	名
電動車椅子の主たる用途 ↓ ①～④から一つ選択	□ 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（　　）			
希望車種（何れかに○）		標　準　型		リクライニング型
電動車椅子を必要とする理由 贈呈後の利用計画				
	電動車椅子の想定利用人数		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	
	TEL		E-mail	