

宛 名	会員 各位	
要 件	福祉用具の試用について	この用紙を含め 2 枚



通信文

福祉用具の導入検討や購入にあたり、当該製品の比較が出来るよう、製品の試用について次のとおり取り扱うこととしましたので、お知らせします。ご活用ください。

- 1 対象施設等 福祉用具の導入を検討している施設等及び購入にあたり製品の試用を希望する施設等
- 2 試用期間 製品により異なりますが、概ね2週間程度
- 3 購入 製品の試用により購入を義務づけるものではありません。試用品の中から購入する場合は試用品提供者からの購入をお願いします。
- 4 試用品提供者 株式会社柴橋商会新横浜営業所 担当者 平手
電話 045-642-7092 携帯 090-4380-0146
- 5 申込方法 別紙により高齢協に申し込んでください。
(申込用紙は、ホームページ「現在募集中」からダウンロード出来ます。)
- 6 試用品の提供 柴橋商会担当者から電話がありますので、品目等を調整してください。
- 7 試用品 消耗品を除く福祉用具全般

(例)

品 目	備 考
マッスルスーツ	操作説明が必要なためメーカーと品目を指定し試用できます。
移譲ロボット	
スライディングボード	担当者調整の上、複数の製品を試用できます。
フルクライニング車椅子	施設側の望む機能を担当者調整し、複数の製品を試用できます。
ティルト型車椅子	
ラックフレックスボード	製品名が特定されていますので、当該製品を試用できます。

(送信元 一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
 事務局 天池 電話 045-311-8745 FAX 045-311-8768
 E-mail : k-amk@kanagawa-koureilyo.or.jp)

福祉用具の試用申込書

住所 〒 _____

施設名 _____

担当者 _____

電話 _____

メールアドレス _____

試用希望品名	摘 要

※ 摘要欄には、試用品に対する施設等の意見や希望等があれば記載してください。