

一般社団法人日本 ALS 協会療養支援部 御中

「新心語り」借入申込書

申込日:平成 年 月 日

患者氏名	(フリガナ) 生年月日:大・昭・平 年 月 日生 会員 No.:
住所	〒 TEL() FAX() e-mail アドレス :
使用場所	1. 自宅【家族の同居 : あり なし その他()】 2. 病院【名称等】 3. 施設【名称等】
送付先 自宅住所と異なる場合は記入して下さい。	【名称等】 〒 TEL()
病状	手足() 言葉() 食事() 呼吸() 人工呼吸器装着(気管切開 鼻マスク・バイパップ)
コミュニケーション	これまで使用した機器について、記入してください。 1. 使用装置 :伝の心 トビー オペナビ ハーティラダー トーキングエイド for iPad 透明文字盤 2. 使用スイッチ・センサー: ピエゾ 赤外線センサー タッチセンサー その他()
支援者	*PC 操作支援者 : 家族 医療・介護スタッフ ボランティア 友人 その他()
申込者	1. 本人 2. 代理人氏名 患者との続柄 住所 〒 TEL() FAX() e-mail アドレス :
使用希望期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(最大3か月)
備考	

1. 貸出期間=最大3か月。

2. 貸出費用=会員 5,000 円(ただし、初回発送費用・再生費用の一部として)。修理等が必要になった場合の送料は、使用者の負担とします。

注意1 「新心語り」の試用にあたって委託先の株)ダブル技研にご協力いただきますが、日常のパソコン操作のための支援者(家族も含む)が不在の場合には、原則、貸出できません。**注意2** 「新心語り」の管理は、株)ダブル技研に委託しているため、貸出に際して同社に上記内容を提供します。ただし、当貸出事業以外には使用いたしません。**注意3** 故意・過失により修理・補充等が必要になった場合、修理にかかった実費費用の5割を使用者に請求します。ただし、その金額は5万円を上限とします。