

# 令和 2 年度 福祉用具・アイデアコンクール応募用紙 (製品開発部門)

**応募者氏名** (※グループ応募の場合は 1 番上に代表者を記載してください)

所 属	氏 名
	ふりがな
	ふりがな
	ふりがな
	ふりがな

**グループ名** (※グループ応募の場合のみ記載してください)

グループ名	ふりがな

## 連絡先

連絡先名称	職場 ・ 学校 ・ 自宅 ※いずれかに○印をつけてください 【職場・学校等の場合は下記に名称を記入してください】
連絡先住所	〒
TEL/FAX (日中連絡のつく番号)	TEL FAX
応募担当者氏名	

## 商品について

主な対象者 ※該当するものに○印をお願いします	①肢体不自由 ②視覚障害 ③聴覚障害 ④高齢者 ⑤発達障害 ⑥その他 ( )
機器分類 ※該当するものに○印をお願いします	①訓練用具・義肢装具 ②衣服・靴 ③トイレ用品 ④入浴用品 ⑤移動機器 ⑥建築設備等 ⑦コミュニケーション用具 ⑧その他 ( )
開発段階 ※該当するものに○印をお願いします	①企画 ②研究試作 ③開発試作 ④製品試作 ⑤市販
製作・開発期間	年 月
助成金の有無・名称	

**受賞歴・実績** (※受賞年度・コンクール等の名称・賞の名称・販売歴等あればご記入ください)

--

※もしあれば製品のパンフレットや仕様書等を添付してください

**【製品名】**

(一般的な名称)

ふりがな

**【出品者】**

企業名／学校名	ふりがな
グループ名 (グループ応募の場合)	ふりがな
メンバー	ふりがな
	ふりがな

**【製品の写真】** ※表彰式当日展示しますので、できるだけ鮮明に撮影してください**【製品の使い方】****【市販開始時期・価格】** 平成・令和 年 月 / 未定 価格( )円