**医療福祉従事者ニーズ（開発アイデア・困りごと）の提案シート（Ver.2023）**

○医療機器・医療材料・ベッドサイドアイテム（医療介護アイテム）などに関する、医療ニーズ、製品アイディア、開発案、

既存製品の改良提案などを、本シートに必要事項をご記入のうえ、ご提案ください。

◎ご提案は、**令和５年9月29日（金）**までにファックスまたはEメールにてご提出ください。

当会HP上に、本シート（Word）を準備していますのでDLしてご活用ください。

ご提出先：公益社団法人秋田県臨床工学技士会事務所

〒010-1495　秋田市上北手猿田字苗代沢222番地1　秋田赤十字病院医療技術部　大山幸男

TEL 018-829-5000　　 FAX 018-829-5834　　 E-mail akitarinkou@akitaace.org

■ご所属

■お名前

■メールアドレス

■電話番号

【医療ニーズ、製品アイディア、開発案のご提案内容】　※ご提案内容の概要をお書きください

|  |
| --- |
|  |

【ご提案の内容について教えてください】　※○をつけてください

|  |  |
| --- | --- |
|  | 日常業務の向上または困ったことの改善点を提案 |
|  | 新たな医療機器・医療器材・アイテム・医療材料に関するアイディアの提案 |
|  | 開発アイディアを形成（設計・成型）してほしい |
|  | 製品が試作まで完成しているため、第3者にテストまたは販路の相談をしたい |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【ご提案の具体的な材質イメージを教えてください】　※○で囲んでください、重複可

|  |
| --- |
| プラスチック類　　　　　ビニール類　　　　　チューブ類　　　　　金属類　　　　　木材類　　　　　ガラス類　　　　　　　　ゴム類　　　　　紙類　　　　　布類　　　　　皮類　　　　　特にイメージなし  その他の材質（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　【ご提案のニーズやアイディアに関する課題や要望】　※課題や要望等がありましたらお書きください

|  |
| --- |
| ※具体的なイメージ図や写真等がありましたら、資料として添付提供をお願いします |

本件に関して、ご提案いただきありがとうございました。ご提案いただいた内容について、関係機関（当技士会、県地域産業

振興課）で調査の上、改めて連絡させていただく予定です。

ご質問等がありましたら、事務局または当会HP（akitarinkou@akitaace.org）までご連絡ください。