（様式第1号）**有限会社 RAIMU あて**　　FAX ： 0956－28－2700

令和6年度 認知症介護基礎研修 eラーニング 受講申込書

令和　　年　　月　　日

有限会社 RAIMU 代表者 様

下記注意事項を承諾のうえ、受講申し込みいたします。

【注意事項】

① 受講料振込完了後ID番号を取得し、すみやかに本申込書へご記入の上、FAXにてお申込み下さい。
　ID番号取得先（受講申込）は、認知症介護研究仙台センター https://kiso-elearning.jp となります。
② 受講申込は、必ず介護保険施設・事業所等の長を通して提出してください。
③ 申込期間外の申込は無効とします。

申込期間	**令和 6 年　5 月 1 日（水） ～令和 7 年　2 月 28 日（金）**
受講期間	※令和 6 年 5 月 1 日（水） ～令和 7 年 3 月 25 日（火）

施設・事業所

事業所種別 **（いずれかを〇で囲む）**	（居宅）・訪問介護　・通所介護　・（予）短期入所　・（予）特定施設 （密着）・定期巡回　・夜間訪問　・通所介護　・認知通所　・小規模多　・認知共同　・密着老福施設　・看護小規模 （施設）・老福施設　・老健施設　・介護療養 （医療系及びその他）・介護医療院　【　　】									
事業所番号	4	2								
法人名										
事業所名称										
事業所管理者（担当者）氏名										
事業所所在地	〒									
電 話 番 号					**FAX 番 号**					

振込入金日	令和　　年　　月　　日	振込元名義（カタカナで記入）
振込金額 ＠￥3,300×　　名＝　　円		

e ラーニング研修受講者

№	ID	受講者氏名	№	ID	受講者氏名
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

【振込口座】

金融機関名　ゆうちょ銀行　　口座名義　　有限会社RAIMU
ゆうちょ銀行から送金の場合　　【記号】17680　【番号】26099151
他銀行から振込みの場合　　【店名】七六八　【店番】768（普通）2609915

（適格請求書発行事業者登録番号　T9310002012937）

※申込日他、記入漏れがないかご確認の上送信してください。