

令和7年度 認知症介護基礎研修 eラーニング 受講申込書

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。

		申込日		令和		年		月		日	
申込期間		令和7年 5月12日(月) ~ 令和8年 2月27日(金)									
受講期間		※令和7年5月12日(月) ~ 令和8年3月25日(水)									
施設・事業所											
事業所種別 (いずれかを○で囲む)		(居宅)・訪問介護・通所介護・短期入所・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

No	ID	受講者氏名	No	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
ゆうちょ銀行から送金の場合
他銀行から振込みの場合

口座名義 有限会社RAIMU
【記号】17680 【番号】26099151
【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。