

令和4年度認知症介護基礎研修（eラーニング形式）申込書

申込日： 月 日

ふりがな										
受講者氏名										
生年月日	西暦	年	月	日						
受講者 メールアドレス	※受講には、受講者個人のメールアドレスが必要です。所属先の代表メールでは受講できません。他の受講者と同じアドレスでの受講もできません。									
自宅住所	〒 —									
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 携帯									
法人名										
事業所名										
事業所所在地	〒 —									
電話番号										
介護保険 事業所番号										
事業所長氏名	姓 名									
代表 メールアドレス										

※この申込書に記入し、FAX又は郵送してください。その後、eラーニングシステムトップページ（URL：<https://dcnet.marutto.biz/e-learning/>）の事業所登録フォームより登録申請を行ってください。事業所登録後、受講申込みに必要な事業所コードが発行されます。事業所コードは、代表メールアドレスに通知します。発行までに数日かかる場合があります。