**山口県介護福祉士会行　FAX　０８３-９８７-０１２５**

**令和５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 |  |
| 電話番号 | **□**自宅　・　**□**携帯 |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 介護保険事業所番号（事業所登録済の事業所は省略可） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所長氏名 |  | 研修担当職員名 |  |
| 事業所メールアドレス（事業所登録済の事業所は省略可） |  |

※本申込書に記入し、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/**](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、事業所メールアドレスに通知します。

※すでに、当会用の事業所コードを持っている場合は、事業所登録は不要です。

※詳しい登録方法は、**eラーニング案内サイト（URL： https://kiso-elearning.jp/）**を参照してください。