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

**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。

1. 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。
2. 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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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。