

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	<input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> 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 <small>（事業所登録済の事業所 は省略可）</small>											
事業所長氏名						研修担当 職員名					
事業所 メールアドレス <small>（事業所登録済の事業所 は省略可）</small>											

※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/>）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。