



送付先
FAXの方 048-813-2552
メールの方 saitama@kaigo-center.or.jp

令和7年度 埼玉県認知症介護基礎研修 eラーニング申込書

標記研修について、次のとおり請求書の発行を希望します。

令和 7 年 月 日

研 修 名	令和7年度 埼玉県認知症介護基礎研修 eラーニング									
登 録 情 報	指定事業所名称									
	事業所コード (受講申込時発行)	D	C	T	-					
	事業所電話番号	() - -								
請 求 書 関 係	請求書 (兼払込取扱票) 郵送先住所	〒								
	請求書宛名	※受講料お支払いの際は、上記名義でのお振込みをお願いします。								
	電話番号	() - -								
	FAX番号	() - -								
	研修担当者お名前									
	受講料合計	名分 × 1,700円 = 円 ←自動計算								

- ・ 請求書郵送先は、施設名まで明記する、など郵便物が届くようにお願いします。
- ・ 受講料は、1名につき1,700円です。振込みに係る手数料はご負担ください。
- ・ 受講者は、事業所で取りまとめの上、ご送付くださいますよう、お願いいたします。
- ・ 領収書は、金融機関等の払込票をもって代えさせていただきます。

< 受 講 者 一 覧 >

	受講者氏名	(フリガナ)		受講者氏名	(フリガナ)
1			8		
2			9		
3			10		
4			11		
5			12		
6			13		
7			14		

- ・ 外国の方は、必ずカタカナ名ではっきりと記載ください。
- ・ 15名以上は、右下部分に1/2ページ,2/2ページなどとしお送りください。