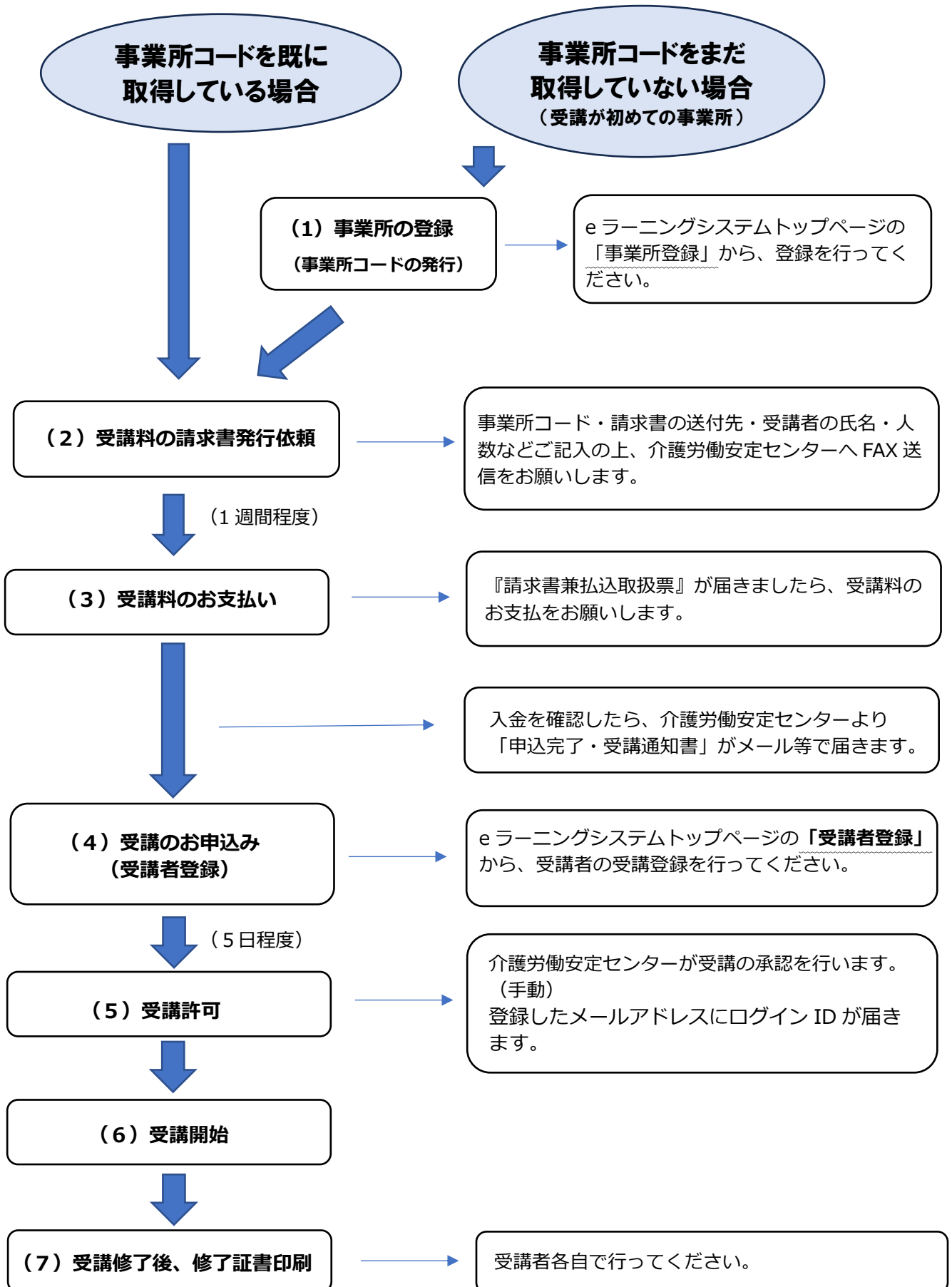


(別紙1) ★受講申込の流れ (事業所が行うこと (1) ~ (3))

【重要】「開催要項」を必ずご確認ください。



(1) 事業所の登録 **【事業所の責任者がおこないます。】**

事業所の登録は受講者本人ではなく、事業所の責任者が行います（受講者が行うことはできません）。以下の手順に沿って事業所登録を行ってください。

【事業所の登録手順】

- ア 専用サイトトップページ (<https://kiso-elearning.jp/>) へアクセスし、ホームページ下部にある「**事業所登録**」をクリックしてください。
- イ 必要事項を入力して「**確認画面へ進む**」をクリックしてください。自治体名は「愛媛県」を選択してください。その他、介護保険事業所番号や事業所の代表メールアドレス等を入力していきます。
- ウ 入力完了後、システム上で承認されると、上記で登録した**メールアドレスに「事業所コード」が届きます。**
- エ **「事業所コード」の発行は初回のみ必要です（受講申込の都度発行するものではありません）。**
「事業所コード」が分からなくなった場合は、
トップページ (<https://kiso-elearning.jp/>) から「事業所コード・事業所名を忘れた時はここから」へアクセスしお手続きをしてください（**介護労働センターでお調べしたり再発行したりすることはできません**）。
- オ **「事業所名」は、「受講者登録」の際に正確に入力する必要があります。**受講者の方に「事業所コード」登録時に入力したとおりの事業所名を正確にお伝えください。

(2) 受講料の請求書依頼をFAXする（様式第1号）

事業所名、事業所コード（（1）ウで届いたもの）、事業所担当者名、請求書の送付先、受講希望者の氏名など必要事項をご記入の上、介護労働安定センター愛媛支部までFAXをお送りください。

なお、請求書がお手元に届くまで、FAX送信日から営業日で7日程度かかりますのでご了承ください。

(様式第1号)

(公財) 介護労働安定センター愛媛支部 あて
F A X 089-921-1477

令和7年度 認知症介護基礎研修 eラーニング受講料 請求書発行依頼 (FAX)

標記研修受講者の氏名を下記のとおり、連絡いたします。

令和 年 月 日

研 修 名	令和7年度 認知症介護基礎研修 eラーニング									
指 定 事 業 所 名 称										
事 業 所 コー ド	D	C	T	-						
代 表 電 話 番 号	()	-						
担 当 者 電 話 番 号	()	-						
担 当 者 部 署 ・ お 名 前										
「請求書兼払込取扱票」送付先住所・宛名 (法人名又は事業所名)	送付先住所	〒								
	宛名									

発行された事業所コード
をご記入ください。

※請求書様式等に関してのお問合せは、(公財)介護労働安定センター愛媛支部までご連絡ください。電話：089-921-1461

< 受 講 者 一 覧 >

	受講者氏名(漢字・アルファベット)	受講者氏名(フリガナ)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

受講申込(受講登録)の際の氏名と
同じものをご記入ください。

◆ 振 込 金 額 合 計		名 分 × 3,000円 =	0円	←自動計算
---------------	--	----------------	----	-------

- ・お振込みの金額は、1名につき、3,000円であることをご確認ください
- ・10名以上の場合は右下の部分に1/2ページ,2/2ページなど、分かるように記入しお送りください

(3) 受講料のお支払い

・請求書は三井住友カード(株)より、「請求書兼払込取扱票」が送付されますので、払込票をご利用の上、受講料のお支払いをお願い致します。振込手数料はお振込人様のご負担とさせていただきます。

・領収書は、金融機関等の払込票をもってかえさせていただきます。

振込期限を過ぎた場合は、コンビニでの支払いができなくなりますので、銀行または郵便局でのお支払いをお願いいたします。

【本研修に関するお問合せ先】

公益財団法人 介護労働安定センター愛媛支部

担当： 藤井、松友、山藤

電話：089-921-1461