ファクシミリ施行

FAX番号：０２２－２１４－４４４３

　　仙台市健康福祉局保険高齢部

介護保険課介護保険係　菊池　行

**「認定調査員向けｅラーニングシステム」利用申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名  事業所名 |  | |
| 事 　業　 所  所在市町村名 |  | |
| 連絡先 | 担当者氏名：  TEL：  FAX： | |
| 申込者 | | |
| 漢字氏名 | カナ氏名 | メールアドレス（※） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* メールアドレスは、個人または所属する事業所どちらでも構いません。
* 記入されたアドレス宛に、申込者ごとに、ログインＩＤとパスワードの

お知らせ（ウェルカムメール）が送信されます。

* 記載内容は、お間違えのないようご注意ください。