【別紙２】

令和５年度 滋賀県認知症介護基礎研修 ｅラーニング

受講料振込みのご案内

１．受講者登録メールアドレスに「【認知症介護基礎研修ｅラーニング】受講許可のお知らせおよび受講料お支払いのお願い」が届いたら（受講者のＩＤが付与されたら）受講料をお振込みください。

２．振込みの際、振込人名義は申込者（受講者）の個人名で照合します。

法人名や事業所名で振込み、または、複数名の受講者分をまとめて振込みを行う場合は、様式第１号（受講料送金連絡票）を作成のうえ、ＦＡＸにてご連絡ください。

（個人名での振込みの場合は必要ありません。）

 ・留意事項・

1. 振込み後の受講料は返金できません。
2. 振込手数料は各自でご負担ください。
3. 振込みの控え（銀行の振込み領収書等）をもって領収書に代えさせていただきます。
4. 当センターが入金の確認を行い、認知症介護研究・研修仙台センター（以下「仙台センター」という。」へ報告します。

報告後、仙台センターから受講者あてにメール「【認知症介護基礎研修ｅラーニング】　受講許可のお知らせ」が届いた後に受講が可能となります。

1. 振込みから受講可能となるまで、応募状況等により５日程度かかることがあります。

あらかじめご承知おきください。

・振込み先・

* 事業所登録および受講者のメールアドレスに振込口座をお知らせします。

様式第１号

 必ず受講者のIDが付与されてから振込みを行ってください

滋賀県社会福祉研修センター行

ＦＡＸ　077-567-3910

令和５年度 滋賀県認知症介護基礎研修 ｅラーニング

受講料送金連絡票

標記研修受講者の送金について、下記の通り連絡します。

令和　　　年　　　月　　　日

※１法人（会社）で、複数の事業所職員の受講料を振込む場合は、代表の事業所コードを記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名 | 令和５年度　認知症介護基礎研修　ｅラーニング |
| 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 |  |

対象受講者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受講者ID （１１ケタ） ※必ず記入してください | 受講者氏名 |
| １  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １０  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込人名義（カナ） |  |
| 振込み（予定）日 | 令和　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |  |
| 振込み金額合計※振込人名義欄は、受取り側に表示される振込人名（受講者名に変更される場合は受講者名）を記入してください。 |  | 名分 | × | 3,000円 | ＝ |  | 円 |