

# FAX 送信票

神戸市福祉局介護保険課認定担当 宛  
(FAX 078-322-6049)

## eラーニングシステム登録申込書

事業所名			
事業者番号			
Eメール アドレス ※必須	※ 大文字・小文字・記号が分かるようにはっきりと記入してください。 .....		
連絡先	担当者	Tel	Fax

- 登録希望者の氏名等を記入してください。  
(欄が足りない場合は、コピーして送信してください。)

調査員番号	氏名

### Eメールでの申し込み方法

Eメールアドレス : nintei-kaigo@office.city.kobe.lg.jp

件名 : eラーニングシステム登録希望 (事業所名)

本文 : ①事業所名 ②事業者番号 ③担当者名

④連絡先Tel番号・Fax番号 ⑤調査員氏名・調査員番号

上記をご記入の上、Eメールを送信ください。