

受付フォームURL ⇒ <https://req.qubo.jp/do-kaigoshien/form/shinsakai>
(受講申込期間：令和6年12月25日（水）～1月23日（木）まで)



令和●年度 介護認定審査会委員（現任）研修受講 受付フォーム

eラーニング実施期間 ⇒ 令和●年●月●日(●)0:00 ～ 令和●年●月●日(●)23:59まで

連絡事項

- ①受講定員は700名となります。定員に達した段階で申し込みを締め切りますのでご了承ください。
- ②現在、介護認定審査会委員である方を対象とした研修です。
- ③漢字の誤字・生年月日の間違いが無いが、受付と同時に届くメールにて登録した情報の再確認をお願いします。

市町村情報 ※受講案内のあった市町村もしくは広域連合を選択する

市町村情報	必須	選択してください	別紙「市町村コード表」を基にプルダウンで選択します。
<small>・あいうえお順 ・広域連合は最後（200番台）にあります ・別紙「市町村コード表」に記載の3桁のコード（数字）を入力すると該当市町村が素早く選択できます</small>			

受講希望者情報

メールアドレス	必須	<input type="text"/> ▼確認のため、再度メールアドレスの入力をお願いします。 <input type="text"/>	eラーニング視聴用のID・パスワード等の情報はここで登録したメールアドレスに送信されます。
<small>・受講者専用のメールアドレスが望ましいが、他の受講者と同じアドレスでも構わない ・半角英数字および記号で入力する ・エラーの原因がわからない時は、記号（特に「@」）が半角入力になっているかを確認する ・受付と同時に重要な内容が記載されたメールが届くので、アドレスを間違わないよう注意する</small>			
氏名（漢字）	必須	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>	
氏名（フリガナ）	必須	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/> <small>・全角カナで入力する</small>	
生年（和暦）	必須	選択してください	
<small>・次項目「生年月日」入力の事前確認用です</small>			
生年月日（西暦）	必須	-- 年 -- 月 -- 日 <small>・数字を入力すると素早く選択可能</small>	
分野	必須	<input type="radio"/> 医療 <input type="radio"/> 保健 <input type="radio"/> 福祉 <input type="radio"/> その他 <input type="text"/>	
職種	必須	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 歯科医師 <input type="radio"/> 薬剤師 <input type="radio"/> 保健師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 介護支援専門員 <input type="radio"/> 社会福祉士 <input type="radio"/> 介護福祉士 <input type="radio"/> 上記以外の職種 <input type="text"/> <small>・該当職種を1つ選択する</small>	主な職種を1つ選択します。 (上記以外の職種を選択の際は、右枠に職種を入力します。)
事業所名	必須	<input type="text"/> <small>・市町村職員の場合は係名まで記入する</small>	

事業所住所 必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所検索 都道府県 <input type="text"/> 市区町村番地 <input type="text"/> マンション/ビル名 <input type="text"/>
連絡先	電話番号 必須 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> ・半角数字で入力する
内線	<input type="text"/> ・内線がある場合のみ記入する
FAX番号	FAX番号 必須 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> ・半角数字で入力する ・FAXが無い場合は「000-000-0000」と入力する
特記事項	<input type="text"/> ・研修実施機関へ連絡事項がある場合のみ記入する

eラーニング視聴用ログインIDとパスワードの準備

eラーニング視聴用のログインIDおよびパスワードの一部分に携帯電話番号を利用し、作成します。（他の受講者と重複することが無い数値のため）
下の枠に携帯電話番号をハイフンなしで入力してください。（数字11桁）

- ※受付完了と同時に送信されるメールにeラーニング視聴用ログインIDとパスワードは記載します。
- ※他の受講者とのID重複を避けるための携帯電話番号の利用であり、連絡用手段としては使用しません。

携帯電話番号の入力 必須	<input type="text"/> kaigo ・ハイフン不要 例) 携帯番号080-1234-5678の場合 ⇒ 08012345678	ハイフンなし、数字11桁で入力します。 携帯電話をお持ちでない方は、他の受講者と重複しないと想定される数字11桁を決めて入力します。
---------------------	--	---

下の緑ボタン「入力内容の確認画面へ」をクリック後、入力内容にエラー項目がある場合は各項目欄に赤字で「！」つきのメッセージが表示されます。エラー項目を修正し、もう一度「入力内容の確認画面へ」をクリックしてください。エラー項目がないときは画面が切り替わり、画面上部に「入力内容をご確認ください」と表示されますので、画面下の緑ボタン「送信する」をクリックしてください。

> 入力内容の確認画面へ



入力が完了し、入力内容にエラーが無いときは画面下に緑色の「送信する」のボタンが表示されます。1箇所でもエラーがある際は「送信する」のボタンは表示されませんので、エラー箇所を修正してください。

上記の内容で間違いなければ[送信する]ボタンを押してください。

> 送信する

送信後、下記画面が表示されたら受付は完了しております。

下記画面が表示されるのと同時に、eラーニング視聴用のID・パスワード等の重要な情報が記載されたメールが自動発行される仕組みとなっております。

この画面を閉じる前に**メールが届いているかを必ず確認**願います。

令和●年度 介護認定審査会委員（現任）研修受講 受付フォーム

【重要】申込受付は完了しました。以下を必ずご確認ください

この画面が表示されたと同時に申込受付は完了し、登録いただいたメールアドレスへ確認メールが届きますので、**この画面を閉じず**にメールの受信を確認願います。メール受信がされて無い場合（迷惑メールフォルダー内も確認願います）研修実施機関からのご案内が生じた際のメールも届かなくなりますので、下記問い合わせ先へメールにて確認をお願いします。

※ご登録いただいたメールアドレスに相違が無いかを確認する為にもメールにてお問い合わせください。

お問い合わせの際には

- ①受付した日時
- ②氏名
- ③事業所
- ④「受付完了メールが届かない」

とご記入ください。研修実施機関から1週間以内にご連絡をさせていただきます。

※受付完了メールが届いていなくても申込受付は完了しています。

メールが届かない理由での申込再受付は禁止します（重複受付になります）

【問い合わせ先（研修実施機関）】

北海道介護支援専門員協会 事務局

メール：nintei_shinsakai@do-kaigoshien.jp

メール受信を確認後、下の「閉じる」ボタンで画面を閉じてください。

閉じる