　　参加事業所様及び参加事業所の訪問介護員の皆様が、

　　スマートフォンの業務活用のメリットを実感できる――

**福岡市 令和４年度 介護事務効率化支援事業** 申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お申込日 |  | | |
| 法人・団体名 | フリガナ | | |
|  | | |
| 法人・団体  ご住所 |  | | |
| 事業所名 | フリガナ | | |
|  | | |
| 事業所  ご住所 |  | | |
| 事業所  代表者・責任者  ご氏名 | フリガナ | | |
|  | | |
| 本件ご担当者  ご氏名  （代表者・責任者様と同一の場合は未記入で結構です） | フリガナ | | |
|  | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-mail |  | | |

事務局：株式会社ウェルモ　福岡本店

〒810-0001　福岡市県福岡市中央区天神4丁目4-11

TEL：092-725-2777　FAX：050-3606-4378

E-mail：homecare\_ict\_info@welmo.co.jp

申込書の提出先

◎お申込みを頂く皆様へ

　・お申込みを確認後、事務局より「現在抱えている課題」や「ご参加頂く職員の数」等、ご参加頂

くにあたってのヒアリングを行わせて頂きますので、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。