

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			

申込書の提出先

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

◎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。