

申込期限：令和7年10月3日（金）まで  
宛先：川崎市健康福祉局保健医療政策部感染症対策課  
Fax：044-200-3928  
E-mail：40kansen@city.kawasaki.jp

## 令和7年度 川崎市包装責任者養成研修会 申込書

所属名	
名称(※)	
所在地	

ご担当者様の所属部署	ご担当者様のお名前	お電話番号

### 1. 受講希望者

	職種(医師、検査技師、事務等)	お名前(※)
1		
2		
3		
4		
5		

※ 受講希望者のご所属及びお名前(※)は、「研修会受講済証」に記載される内容となりますので、正確に御記載いただきますようお願いいたします。

※ 受講希望状況によっては、調整の御連絡を差し上げる場合がございます。

### 2. 事前のご質問等

--