メールの件名は【7/26感染管理担当者研修会申込】と記載してください。

送信先：S0200160@section.metro.tokyo.jp

西多摩保健所　保健対策課

締　切：令和３年７月９日（金曜日）

令和３年度感染管理担当者研修会(7/26)申込用紙

**所 属 名**

**（部署名）**

**氏　　名**

**職　　種**

**電話番号**

**e-mailアドレス**

**※ 所属の代表１名が申し込んでください。**

**【質問がありましたら、ご記入ください。研修内容にできるだけ反映いたします。】**