

(様式1)

令和 年度石川県獣医師職場インターンシップ受講申込書

年 月 日

石川県農林水産部畜産振興・防疫対策課長 様

大学名  
氏名  
生年月日 年 月 日

次のとおり、石川県獣医師職場インターンシップの受講を希望しますので、関係書類を添えて申し込みます。

希望期間 <small>※9/2～9/6 希望の場合はコースも記入</small>	第1希望	年 月 日～ 月 日 ( コース)
	第2希望	年 月 日～ 月 日 ( コース)
住所 連絡先	〒 - 電話番号： メールアドレス：	
出身地 (都道府県名)		
所属	大学 学部 学科 年生 ( 研究室)	
1 受講希望の理由 (できるだけ具体的に)		
2 将来就業したい分野		
所属大学の学部長又は学科長の推薦		
上記の者の受講を推薦します。 大学 学部 推薦者氏名 印		

添付する書類：(様式2) 誓約書