（様式１）

熊本県獣医師インターンシップ申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年（　　　年）　月　　日

熊本県農林水産部生産経営局畜産課長　様

　　　　　　　　　　　　　　大 学 名

　　　　　　　　　　　　　　住 所 〒

 担当教官名

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

 熊本県獣医師インターンシップを希望しますので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
|  （ふりがな） 氏　名 |  |
|  住 所 出 身 地 連 絡 先 | 〒　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　都　道　府　県 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　Tel 携帯　　　　　　　　　　　　　　携帯メールアドレス： |
|  所　　　属 |  　　　　　　　大学　　　　　　　学部　　　　　　　　　学科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年生 |
| 希望期間 | 第一希望：令和　年（　 　年）　月　日（月）から令和　年（　　年）　月　日（金）まで第二希望：令和　年（　 　年）　月　日（月）から令和　年（　　年）　月　日（金）まで |
|  担当教官の推薦 |