（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 | | |