

(様式5)

畜第 号  
令和 年 ( 年 ) 月 日

中央家畜保健衛生所長 様

畜産課長

熊本県獣医師インターンシップについて (依頼)

本年度の熊本県獣医師インターンシップについて、下記のとおり決定しましたので、貴所において研修を受け入れていただきますようお願いいたします。

記

1 研修者名 (大学名、学年)

2 研修期間

令和 年 ( 年 ) 月 日 ( ) から  
令和 年 ( 年 ) 月 日 ( ) まで