（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

　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

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

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  |
| 現　住　所連　絡　先 | 〒　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　（出身都道府県：　　　　　）Tel 携帯　　　　　　　　　　　　　　携帯メールアドレス： |
| 所　　　属 |  　　　　　　　大学　　　　　　　学部　　　　　　　　　学科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年生（大学院生の場合は、所属大学及び研究科と在籍年数を記載） |
| 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 |