（様式１）

令和２年度石川県獣医師職場インターンシップ受講申込書

令和２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　　　　　　　　　 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

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 | 第１希望 | 令和２年　　月　　日～　　月　　日 |
| 第２希望 | 令和２年　　月　　日～　　月　　日 |
| 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