（様式１）

 令和　年度石川県獣医師職場インターンシップ受講申込書

　 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

生年月日 　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※9/2～9/6希望の場合はコースも記入  | 第１希望  |  年 月 日～ 月 日 （　　　コース） |
| 第２希望  |  年 月 日～ 月 日 （　　　コース） |
| 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