（様式１）

長崎県獣医師インターンシップ研修受講申込書

令和　年　月　日

　長崎県畜産課長　様

住　所

氏　名

　長崎県獣医師インターンシップ研修を希望しますので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 |  | 出身地 |  |
| 住　　所  連 絡 先 | 〒  電話：　　　　　　　　　　　携帯：  メールアドレス： | | |
| 所　　属 | 大学　　　　　　　学部　　　　　　　　　学科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年生 | | |
| 第１希望：令和　　年　　月　　日～　　月　　日（　　　地区）  第２希望：令和　　年　　月　　日～　　月　　日（　　　地区） | | | |
| 大学教官の推薦 | | | |

（様式２）

長崎県獣医師インターンシップ研修を希望する理由

|  |
| --- |
| １　希望理由（長崎県で研修を受けようと考えた理由、長崎県との係わり等を記入して下さい）  ２　将来の進路（産業動物診療、公務員獣医師それぞれについて記入して下さい）  ３　長崎県の印象  ４　長崎県内への就職の意向について |

（様式３）

誓　約　書

研修期間中は、研修主催者の指示に従い、規律ある行動に努め、長崎県獣医師インターンシップ研修実施要領を守り、研修することを誓います。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　学部

　　　　　　　　　　学科　　　　　　　　　　　年

住　所

氏　名

（様式４）

番　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

長崎県獣医師インターンシップ研修受講決定通知書

　（研修生名）　　　様

長崎県畜産課長

（公印省略）

記

１　研修生名

２　研修期間 令和　　年　　月　　日（　　）から  
令和　　年　　月　　日（　　）まで

３　研修場所

（様式５）

番　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　○○大学長　様

長崎県畜産課長

（公印省略）

長崎県獣医師インターシップ研修受講決定について

下記の学生に対し受講決定を通知しましたのでお知らせします。

記

・受講者

○○学部獣医学科○年

○○　○○

（様式６）

長崎県獣医師インターンシップ研修報告書

令和　　年　　月　　日

研修生氏名：

大学名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 年　月　日 | 研　修　内　容 |
| １ | 令和　年　月　日 |  |
| ２ | 令和　年　月　日 |  |
| ３ | 令和　年　月　日 |  |
| ４ | 令和　年　月　日 |  |
| ５ | 令和　年　月　日 |  |

感想

|  |
| --- |
| ・研修で一番良かったこと  ・改善してほしいこと  ・長崎県内への就職について |