（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