

令和5年度岩手県インターンシップ（獣医師の職場体験コース）参加申込書

申込日 令和 年 月 日

申込者		
フリガナ 氏名	男・女	生年月日 年 月 日生 年齢
連絡先住所 〒 (現住所)	都道府県	市町村
電話番号	E-mail	
所属大学	大学 部 年生（所属研究室：)	課程
帰省先	都道府県	市町村
研修希望		
コース	令和5年8月21日（月）から8月25日（金）までの5日間	
職場	〔希望する職場をチェック■（複数可）〕 <input type="checkbox"/> 家畜保健衛生所 <input type="checkbox"/> 食肉衛生検査所 <input type="checkbox"/> 畜産研究所 <input type="checkbox"/> その他（)	
理由	〔岩手県のインターンシップを希望する理由を具体的に記載〕	
内容	〔研修で学んでみたいこと、体験してみたいこと等、具体的に記載〕	

記入いただいた個人情報は、本来の目的（本県の獣医師確保対策）以外には使用しません。

<p>【申込先】 〒020-8570 岩手県盛岡市内丸10-1 岩手県農林水産部畜産課（担当 古川） TEL 019-629-5722 FAX 019-623-0201 E-mail ta-furukawa@pref.iwate.jp</p>
