　　　　年　　　月　　　日

高知県健康政策部薬務衛生課長　　様

住　所　〒

氏　名

電話番号

高知県獣医師職員確保インターンシップ事業受講申請書

　つぎのとおり、高知県獣医師職員確保インターンシップ事業の受講をしたいので申請をいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 大 学 名（所属） | 大学　　　　　学部　　　　　学科  年生 （　　　　　　　　　研究室　） | | |
| 希 望 受 講 日※ | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | |
| 生年月日（年齢） | 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 連絡可能な電子メールアドレス |  | | |
| 帰省先住所等 | 住　所　〒  電話番号 | | |
| 自治体による修学資金貸付制度の利用について | 利用していない　　利用している（自治体名：　　　　　　） | | |
| 興味のある分野・将来専攻したい分野 | | | |
|  | | | |
| 受講の動機・高知県を志望する理由 | | | |
|  | | | |
| 大 学 学 部 長・学 科 長 又 は 就 職 担 当 部 の 推 薦 欄 | | | |
| 上記の者の受講を推薦いたします。  　　　　　 大学　　　　　 学部  　　　　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |

　※薬務衛生課が指定する期間から選択すること