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※1 | 　　　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※2（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 |

　※1:薬務衛生課が指定する期間から選択すること

 ※2:高知県を除く自治体より獣医師確保のための修学資金の貸与を受けている者は対象外