様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　福島県知事　様

福島県獣医学生インターンシップ研修申込書

学校名（学年）

氏　　名

住　　所　〒

電話番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

生年月日

　「福島県獣医学生インターンシップ研修実施要綱」の内容を理解の上で、下記のとおり申し込みます。

記

１　研修希望機関（該当する方に☑）

□ 福島県食肉衛生検査所　　　　　　　　　　□ 福島県動物愛護センター

２　研修希望期間

第１希望：令和　　年　　月　　日（　　）から令和　　年　　月　　日（　　）

第２希望：令和　　年　　月　　日（　　）から令和　　年　　月　　日（　　）

第３希望：令和　　年　　月　　日（　　）から令和　　年　　月　　日（　　）