

令和8年度岩手県インターンシップ（獣医師）宿泊助成申込書

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	課程
	年生(所属研究室:)	
帰省先	都道府県	市町村
研 修 希 望		
コ ー ス	令和8年8月24日(月)から8月28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 福成） TEL 019-629-5722 FAX 019-623-0201 E-mail k-fukunari@pref.iwate.jp</p>
