年　　　月　　　日

高知県農業振興部畜産振興課長　　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（高校生対象）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（高校生対象）の受講をしたいので申請をいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修者 | 高校生 | 高等学校名 | 高等学校　　　　 年　　　　クラス |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | 性別（任意記入） | 男･女 |
| E-mail |  |
| 保　護　者　等 | 氏　名 |  | 続柄 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　所　等 | 住　所　〒電話番号（緊急連絡先） |
| 参加の可否 | 参加します　　　　　参加できません |
| 興味のある分野・将来専攻したい分野 |
|  |
| 受講の動機 |
|  |
| 学 校 長 又 は 進 路 指 導 担 当 部 長 の 推 薦 欄 |
| 上記の者の受講を推薦いたします。 　　　　　 高等学校 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |