

< 別紙様式 >

令和2年度獣医療提供体制整備推進総合対策事業
管理獣医師等育成支援事業・獣医師就業支援対策事業
「女性獣医師等就業支援研修」への参加申込み

下記内容の研修への参加を希望しますので、研修設定の調整をお願いします。

研修希望時期（複数）：	_____月_____日（_____）, _____月_____日（_____）
研修希望地域・場所：	_____地方_____都道府県
研修希望組織・施設：	_____動物検疫所 _____家畜保健衛生所 _____家畜診療所 _____動物衛生研究部門 _____その他：
研修希望分野：	_____家畜衛生 _____産業動物診療 _____その他：
研修希望内容：	_____ _____
氏名：	_____（所属_____）
住所：	〒_____—_____
連絡先：	T E L _____—_____— F A X _____—_____— E-mail _____@_____

※ 研修受入先との調整によってはご希望に沿えないことがあります。予めご承知おきください。

※ 参加費は無料ですが、開催場所までの旅費等は参加者の自己負担になります。

※ ご記入の個人情報は、本研修に係る連絡等、本事業実施に係る目的のみに利用します。

FAX番号:03-3475-1604
メール:kyogikai@nichiju.or.jp

本件内容の問合せ先

公益社団法人 日本獣医師会 事務局
事業担当:堂領

TEL : 03-3475-1601

FAX : 03-3475-1604

E-mail : kyogikai@nichiju.or.jp