（様式第２号）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

※欄は記入を要しない

インターンシップ実習希望調査票

記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 大学名（学年） |  |
| 氏　　名 |  |
| インターンシップ  受　講　歴 | これまでのインターンシップ受講歴を記載してください。 | | |

**希望するコースを〇で囲んでください。Ｂコースを希望する場合は実習場所を〇で囲んでください。**

**第一希望**

Aコース（獣医師を配置する職場全般を体験するコース）

Bコース（特定の施設で重点的に体験するコース）

（　家畜保健衛生所　　畜産研究所　　食肉衛生検査所　　保健所　　衛生研究所　）

**第二希望**

Aコース（獣医師を配置する職場全般を体験するコース）

Bコース（特定の施設で重点的に体験するコース）

（　家畜保健衛生所　　畜産研究所　　食肉衛生検査所　　保健所　　衛生研究所　）

**インターンシップ実習受講動機を記載してください。**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |