（様式第１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　徳島県農林水産部畜産振興課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 大 学 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　 所　〒

担当者名 電話番号

受講申請書

　 次の者を徳島県獣医師養成インターンシップ研修に受講させたいので申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  研修者氏名 |  | 男・女 |
| 住所及び  連絡先 | 〒  ℡ 　　　　　　　　　　緊急連絡先℡ | |
| 所　　属 | 大学　　　　　　学部　　　　　　　学科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年生 | |
| 希望研修先 |  | |
| 希望受講日 | 年　　月　　日　～ 　　年　　月　　日まで | |
| 興味のある分野・将来専攻したい分野 | | |
|  | | |
| 今回研修で学びたいこと・希望する研修内容 | | |
|  | | |

（様式第２号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　畜第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　徳島県農林水産部畜産振興課長

徳島県獣医師養成インターンシップ研修の受講決定について（通知）

　このことについて、次のとおり決定しましたので、研修者にお知らせください。

　なお、徳島県獣医師養成インターンシップ研修実施要領を熟読のうえ、参加いただきますようお願いします。

　また、やむを得ない事情等により研修を辞退する場合には、当課宛その旨を御連絡ください。

　１ 研修者

　２ 研修場所　　　施設名

　　　　　　　　　 住所

　３ 研修期間　　　　　年　　月　　日 （月） から

　　年　　月　　日 （金） まで （５日間）

（様式第３号）

誓約書

　研修期間中は、受入施設の指示に従い、規律ある行動に努め、徳島県獣医師養成インターンシップ研修実施要領に記載の注意事項等を遵守し、研修することを誓います。

なお、遵守できない場合、もしくは、貴所の業務に支障をもたらす恐れのある場合には、直ちに研修を中止いたします。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　所属大学・学科・学年

　　　　　　　　住所

　　　　　　　　氏名

（様式第４号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　徳島県農林水産部畜産振興課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　 大 学 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　 所　〒

受講生氏名

　　　徳島県獣医師養成インターンシップ研修に係る旅費請求書

　インターンシップ研修に要した経費のうち、実施要領に基づく旅費を次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 金 円 |
| 積算の根拠 | 大学の所在地  　旅行期間  年　　月　　日　　　～　　　年　　月　　日 |
| 研修期間 | 年　　月　　日　　　～　　　年　　月　　日 |

　　 ※研修最終日から１か月以内に申請すること。

　領収書等の証拠書類を必ず添付すること。

（様式第５号）

旅費口座振込申出書

　　　　　　　　　　年　　月 日

　徳島県農林水産部畜産振興課長　殿

所属大学名

住　　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名 印

インターンシップ研修に要した費用のうち、実施要領に基づく旅費の口座振込について、次のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | １　金融機関名 |  | | | | | | |
| ２　店舗名 |  | | | | | | |
| ３　預金種別  （いずれかを○で囲む） | 普通　　・　　当座　　・　　その他 | | | | | | |
| ４　口座番号  （右詰めで記入） |  |  |  |  |  |  |  |
| ５　口座名義  （カタカナ書き） |  | | | | | | |

※　振込口座の通帳の写しを添付すること。

（様式第６号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　大 学 名

受講生氏名

研修欠席届

　このことについて、次のとおり届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の名称 | 徳島県獣医師養成インターンシップ研修 |
| 受講生 | 大学名  氏　名 |
| 欠席の期間 | １　全日程  　２　一部日程  　　　　　　年　　月　　日 時　　 分から  　　　　年　　月　　日 時 分まで  （　　　　　日　　　　時間　） |
| 欠席の理由 |  |
| 備考 |  |