

< 別紙様式 >

平成 29 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・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
	_____ 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:関谷・長野  
TEL : 03-3475-1601  
FAX : 03-3475-1604  
E-mail : kyogikai@nichiju.or.jp