**「生産獣医療技術研修」受講申込書 （FAXまたは郵送）**

**（別 紙）**

**※申込期限：令和２年１０月２３日(金)**

**FAX：0155-49-5654**

〒080-8555　帯広市稲田町西２線１１番地

　　帯広畜産大学　畜産フィールド科学センター

|  |  |
| --- | --- |
| **組合等名（正式名）** |  |
| **氏名（ふりがな）** |  |
| **性　別** | 男　・　女 |
| **臨床経験年数** | 年（出身大学　　　　　　　　　大学　　　年卒） |
| **連絡先住所** | 〒 |
| **電話番号**  （当日に連絡のつく携帯番号等） |  |
| **受講者メールアドレス** | ※受講案内、教材をメールでお送りしますので、必ずメールアドレスをご記入下さい。 |
| **ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ研修の希望** | する　・　しない |

※組合本部などで取りまとめ等の連絡担当者が別にいる場合は、その旨記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **所属** |  |
| **担当者名** |  |
| **連絡先** |  |