

「生産獣医療技術研修」受講申込書 (FAX または郵送)

※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。
フォローアップ研修の希望	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	