

「生産獣医療技術研修(画像診断研修)」受講申込書

※申込期限：令和3年3月12日(金)

受講料振り込み期限：令和3年3月18日(木)

FAX：0155-49-5654

Eメール：recurrent@obihiro.ac.jp

〒080-8555 帯広市稲田町西2線1-1番地

国立大学法人帯広畜産大学畜産フィールド科学センター

領収書名義 (領収書が必要な方のみご記入ください)	
---------------------------	--

会社等名 (正式名)	
氏名 (ふりがな)	
性別	男 ・ 女
臨床経験年数	年
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	※ZOOM 接続案内、事前学習資料をメールにてお送りします。 必ずメールアドレスをご記入下さい。
Zoom 使用経験	あり ・ なし
Zoom 事前接続希望	する ・ しない

※NOSAI支所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	
メールアドレス	