

(様式 4)

熊本県獣医師インターンシップ決定通知書

令和 年 (年) 月 日

受講者	様
担当教官	様

熊本県農林水産部生産経営局畜産課長

令和 年 (年) 月 日に申請いただきました熊本県獣医師インターンシップにつきまして、下記のとおり受講が決定しましたのでお知らせします。

記

- 1 研修者名
- 2 研修場所 熊本県中央家畜保健衛生所
熊本市南区城南町沈目 1 6 6 6 番 1 号
- 3 研修期間 令和 年 (年) 月 日 () から
令和 年 (年) 月 日 () まで
各日とも午前 8 時 30 分から午後 5 時まで