* 様式第一号

|  |  |
| --- | --- |
| **日本ウマ科学会認定馬臨床獣医師認定試験****第5 回：2024 年 受験申込み票** | 受付番号：（事務局にて受付時に記入） |
| 日本ウマ科学会会員番号： | 獣医師免許番号： |
| ふりがな氏 名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 生 |
| 本 籍 | 都・道・府・県 |
| 現住所等（連絡先）メールアドレス | 〒　　　　　　　　@Tel： E-mail： |
| 所 属（職 名） |  |
| 最 終 学 歴 | 年 月 大学 学科卒業 |
| \*馬臨床履歴証明獣医師　氏名（所属・役職） | 馬臨床従事期間　　　年　　月～ 年　　月；学部在学期間除く　　上記の従事期間に間違いないことを証明します。　　　　氏名：　　　　　　　　　　印　　所属：　　　　　　役職：　　証明者の獣医師免許番号：　　　認定馬臨床獣医師資格（有・無）　　　 |
| 学位博士号／修士号 | 博士（ 年 月、 大学）修士（ 年 月、 大学） |
| 事務局使用欄 | 確認済／要照会 |

* (注意：年月日はすべて西暦で記入、原寸コピーして使用のこと)
* 馬臨床履歴の証明者は、すでに 認定馬臨床獣医師の資格を取得した者に限られます。
* なお、認定獣医師の資格を取得した際には、私の名前を資格取得者の一覧に公開することを承認します。
* 個人情報は目的以外には使用しません。