

※ 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 6 回：2025 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	@			
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の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：			
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。