[様式４]

福農共第　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

○○○○　様

福島県農業共済組合

組合長　○○　○○

（公印省略）

臨床実習申込の承認について

令和○○年○月○○日付文書にてご依頼のありました標記の件について、次のとおり承認いたします。

１　実習期間　　自　令和○○年○○月○○日

　　　　　　　　至　令和○○年○○月○○日の○日間

２　実習場所　　福島県農業共済組合　○○家畜診療センター

３　実習内容　　家畜臨床同行研修

（事務担当　家畜診療課（直通）電話０２４－５２１－２７１３）