様式１

北海道農業共済組合　家畜人工授精業務体験研修　参加申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 学年 | | 年齢 |
| 氏名 |  | |  | 年 | | 歳 |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 携帯電話番号 |  | | | | | |
| Eメール | PC | | | | | |
| 携帯電話 | | | | | |
| 緊急連絡先氏名  （自分以外） | 続柄：　　　　　　　　電話番号： | | | | | |
| 在籍大学等名 |  | | | | | |
| 指導教員 |  | | | | | |
| 研修希望期間※ | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（　　日間） | | | | | |
| 希望の診療所等と  その理由※ |  | | | | | |
| 研修先までの自家用車の利用有無  （道内のみ） | あり・なし | 旅行保険加入の 有無 | | | あり・なし | |

※研修希望期間と希望の診療所等は、センターから連絡した受け入れ日程と診療所を記載してください。

|  |
| --- |
| 本研修において学びたいこと・希望等を記入して下さい。 |

診療所等までの旅程（現時点における予定）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日 | 利用交通機関 | 出発駅（空港） | 到着駅（空港） | 到着時刻 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※自家用車で行く場合は、記入の必要はありません。

※概要で結構です。旅程の詳細については、後日電話にて診療所等職員に伝えてください。

以下のアンケートにお答え下さい。

1. 家畜人工授精業務体験研修に参加を希望する主な理由を教えて下さい（複数回答可）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 就職先検討のため |  | 家畜人工授精に興味があるため |
|  | 説明会に参加して興味を持ったため |  | 講義で興味を持ったため |
|  | 先生に参加を勧められたため |  |  |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

1. 単位取得を兼ねていますか？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 兼ねている |  | 兼ねていない |

1. 現時点で就職先をどのように考えていますか？（１つ選択）

|  |  |
| --- | --- |
|  | NOSAIへの就職を希望する |
|  | NOSAIを就職先の一つとして検討している |
|  | NOSAI以外の就職を希望する |
|  | まだ決めていない |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

４．診療衣、長靴のサイズを教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | サイズ |
| つなぎ |  |
| 診療衣　スクラブ　上 |  |
| 診療衣　スクラブ　下 |  |
| 長靴 |  |

※長靴サイズは○○ｃｍ、他はＳ・Ｍ・Ｌ等で記載してください。

個人情報保護について

　提出頂いた参加申込書等の応募書類は全て厳重に管理、保管し本研修及び採用募集以外の目的では使用しません。

様式２

推　　薦　　書

令和　　年　　月　　日

北海道農業共済組合長　様

大学等名

主任教授等の職名・氏名

　本学に在籍する下記の学生は、貴組合での実習を希望しており、実習に必要な知識、技能等を有しており的確と判断しますので推薦いたします。

記

1. 推薦する学生の氏名

２．推薦する理由

様式３

誓　　約　　書

家畜人工授精業務体験研修の募集に基づいて研修を行うにあたり、特に下記の事項について保証人と連帯保証のもとに誓約いたします。

記

1. 貴組合の職員の指示にしたがって、規律のある行動をとります。これに違反したときは、研修を中止されても異論はありません。
2. 研修期間中に被った一切の事故（自動車事故を含む）に係る損害については、全ての私共の負担とし、貴組合には一切迷惑をかけません。
3. 貴組合に故意または重過失により損害を与えた場合には、損害賠償責任を負うことを承諾します。
4. 貴組合の機密に属する事項及び個人情報については、研修期間中・研修終了後を問わず一切これを漏洩しません。なお、診療所内では宿泊室を除いて、スマホ、パソコン、タブレット等は緊急連絡及び学究行為に該当する写真・動画撮影以外には使用しません。

令和　　年　　月　　日

北海道農業共済組合長　様

研修生

大学等名

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　保証人（保護者等）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　緊急連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

様式４

**ＮＯＳＡＩ北海道　家畜人工授精業務体験研修　終了後レポート**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大学等名 |  | | 学年 | 年 | 氏名 |  |
| 研修先診療所等名 | |  | | | | |
| 研修期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日　～　　　月　　　日（　　日間） | | | | |

研修を通して学んだことについて記載して下さい。

|  |
| --- |
|  |

様式５

**ＮＯＳＡＩ北海道　家畜人工授精業務体験研修　終了後アンケート**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大学等名 |  | | 学年 | 年 | 氏名 |  |
| 研修先診療所名 | |  | | | | |
| 研修期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日　～　　　月　　　日（　　日間） | | | | |

１．研修の期間は適当でしたか？

|  |  |
| --- | --- |
|  | ちょうどよかった |
|  | もっと長い方が良かった（　　日程度） |
|  | もっと短い方が良かった（　　日程度） |

２．研修内容についてよく理解できましたか？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | よく理解できた |  | 理解できた |  | 普通 |
|  | 少し難しかった |  | 難しすぎた |  |  |

３．研修内容に満足しましたか？

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 満足した |  | ほぼ満足した |  | 普通 |
|  | やや不満がある |  | 不満がある |  |  |

４．３で「やや不満がある」、「不満がある」と答えた方は、その理由を教えて下さい。

|  |
| --- |
|  |

５．研修を行った後、就職先をどのように考えていますか？（一つ選択）

|  |  |
| --- | --- |
|  | NOSAIへの就職を希望する |
|  | NOSAIを就職先の一つとして検討している |
|  | NOSAI以外の就職を希望する |
|  | まだ決めていない |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

６．研修の感想や要望を記入して下さい。（今後の募集案内等に掲載させて頂く場合があります）

様式６

**ＮＯＳＡＩ北海道　家畜人工授精業務体験研修　研修状況報告書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 大学等名 |  | | | 学年 | | 年 | 氏名 | |  | | |
| 研修先診療所等名 | |  | | | | | | | | | |
| 研修期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日　～　　　月　　　日（　　日間） | | | | | | | | | |
| 出席日数 | 日 | | 欠席日数 | | | 日 | | 研修日数計 | 日 |

※休日に研修を実施した場合は、休日を含めた日数を記入して下さい。

１．評価項目

　　（５：優れている　４：やや優れている　３：普通　２：やや劣っている　１：劣っている）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 規律正しい態度であり研修中支障が無かった。 |  |
| 1. 研修内容を的確に理解していた |  |
| 1. 研修内容に適応した行動であった |  |
| 1. 目的意識をもって意欲的に取り組む姿勢が見られた |  |

1. 学生を評価する点及び課題点を記入して下さい

|  |
| --- |
|  |

上記の通り証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療所等名 |  |
| 診療所長等名 |  |