

神奈川県下三獣医師会合同就職説明会 エントリーシート

申 込 日	令和 年 月 日
貴病院名(貴社名)	
貴病院(貴社)の住所	〒 -
所属獣医師会	横浜市獣医師会
御担当者様の氏名	
御担当者様の連絡先	TEL:
	FAX:
	E-mail:
参加病院名(貴社名)の 獣医師会ホームページ での公開	可 - 不可

■ 申込先 ニュータウン犬猫病院 藤井俊幸 宛

■ メールアドレス t.fujii.newtown@gmail.com

公益社団法人 横浜市獣医師会