

提出日 年 月 日

日本野生動物医学会専門医認定試験受験申込フォーム

氏名（ふりがな）： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

連絡先住所： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

勤務先（経年歴）： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ 年）

獣医師免許登録番号： \_\_\_\_\_

獣医師免許登録年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日本野生動物医学会会員歴： \_\_\_\_\_ 年

野生動物関連論文数：筆頭 \_\_\_\_\_ 報（うち日本野生動物医学会誌 \_\_\_\_\_ 報）  
共著 \_\_\_\_\_ 報（うち日本野生動物医学会誌 \_\_\_\_\_ 報）

日本野生動物医学会大会における発表：筆頭 \_\_\_\_\_ 回  
共著 \_\_\_\_\_ 回

博士号の有無： \_\_\_\_\_

希望する専門分野(動物園動物医学、水族医学、野生動物医学、野生動物病理学・感染症学、  
鳥類医学の中から1分野を選択)： \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_