

年 月 日

実習希望シート

---

学 校 名  
(所属コース) ( )

---

学 年 年  
(フリガナ) ( )

---

氏 名

---

生年月日 西暦 年 月 日

---

住 所

---

連 絡 先 自宅： - -  
携帯： - -  
E-mail： @ (携帯メール可)

※館からの連絡はメールを基本とします。常時確認するメールアドレスを記載ください。“@kaikyokan.com”からのメール受信ができるように設定をお願いします。

※担当者は現場作業者のため、電話連絡は控えてください。

---

実習希望期間 年 月 日～  
年 月 日まで

---

実習希望  
コ ー ス

- ・海獣飼育コース
- ・魚類飼育コース (いずれかに○をすること)
- ・獣医実習
- ・博物館実習

---

特記事項 ※健康状態など特別記入すべきことがあればここに記入してください。

---

ファックスまたは郵送で提出してください。

[提出先]

下関市立しものせき水族館「海響館」

〒750-0036下関市あるかぼーと6番1号

電話：083-228-1100 FAX:083-228-1139

海獣飼育コース担当：海獣展示課 高木

魚類飼育コース・獣医実習・博物館実習担当：魚類展示課 久志本・玉井

動物健康管理室 進藤