

6 日 獣 発 第 59 号  
令和 6 年 5 月 23 日

地方獣医師会会長 各位

公益社団法人 日本獣医師会  
会 長 藏 内 勇 夫  
(公印及び契印の押印は省略)

### **令和 6 年度獣医療提供体制整備推進総合対策事業のうち 「女性獣医師等就業支援研修」への協力について**

日頃より本会事務・事業にご理解とご協力いただき厚くお礼申し上げます。

本会では、農林水産省の補助事業として令和 6 年度獣医療提供体制整備推進総合対策事業において「女性獣医師等就業支援研修」を実施しております。本研修は、家畜保健衛生所、動物検疫所、動物衛生研究部門、民間の家畜診療施設等において、女性獣医師等の職場復帰・再就職・就業継続に必要な最新知識の修得、獣医療技術の向上を図ることを目的とした研修です。

つきましては、職場復帰・再就職等を希望している貴会会員獣医師等に参加を呼びかけ、受講者を募っていただきたく、よろしくお願ひ申し上げます。

本件の問合せ・申込先：

日本獣医師会事務局（担当：畠山、榊原、松岡）

TEL：03-3475-1601 E-mail：kyogikai@nichiju.or.jp

## 令和6年度「女性獣医師等就業支援研修」開催のお知らせ

日本獣医師会では、農林水産省補助事業として「女性獣医師等就業支援研修」を行っております。この研修は、産業動物診療分野や家畜衛生分野への再就職・職場復帰等を希望する獣医師を対象として、就業に必要な最新知識の修得、獣医療技術向上を図ることを目的としています。

### 1. 対象：

再就職・職場復帰等を希望する女性獣医師等。

〔 例：就業分野の変更を希望する女性獣医師、  
産休・育休等から職場復帰する獣医師(男女問わず)等 〕

※地方獣医師会 会員資格の有無は問いません。

### 2. 目的：

家畜伝染病の検査技術、家畜の診療技術等を修得するための研修を実施し、職場復帰・再就職・就業継続に必要な最新知識の修得、獣医療技術向上を図る。

### 3. 研修先：

獣医学系大学、家畜保健衛生所、動物検疫所、動物衛生研究部門、民間の家畜診療施設等

### 4. 本研修への申込方法：

申込書に必要事項（研修を希望する時期・場所・施設・分野・内容等）をご記入いただき、本会までメール（kyogikai@nichiju.or.jp）またはFAX（03-3475-1604）にてご連絡ください。

なお、申込書は下記 QR コードもしくは、女性獣医師応援ポータルサイト新着情報「令和6年度「女性獣医師等就業支援研修」開催のお知らせ」からダウンロードいただきますようお願いいたします。



ご提出いただいた申込書をもとに、具体的な研修受入先・日程等について本会で調整を行います（必ずしもご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご承知おきください）。

### 5. その他

本研修の参加費用は無料ですが、研修開催地までの旅費等は参加者の自己負担です。

**研修受入先（家畜診療施設、家畜保健衛生所等）の方へ**

本研修は、産業動物獣医師確保の観点から、産業動物診療分野や家畜衛生分野への就業を希望されている方のための研修です。

家畜診療施設や家畜保健衛生所等におかれましては、中途採用内定者及び再任用等の方々の事前研修としても、本研修をぜひご活用ください。

該当者がおられる場合は、ぜひ積極的に本会宛てにご連絡いただきたく、よろしくお願ひ申し上げます。

なお、研修に必要な資材等の経費は可能な範囲内で本事業において負担いたしますので、ご相談ください。

**本件の申込・問合せ先**

公益社団法人 日本獣医師会 事務局

事業担当：畠山、榊原、松岡

TEL：03-3475-1601 FAX：03-3475-1604

E-mail：kyogikai@nichiju.or.jp

< 別紙様式 >

令和6年度獣医療提供体制整備推進総合対策事業  
「女性獣医師等就業支援研修」への参加申込み

下記内容の研修への参加を希望しますので、研修設定の調整をお願いします。

|             |  |
|-------------|--|
| 研修希望時期（複数）： | _____ 月 _____ 日（ ）， _____ 月 _____ 日（ ）                       |
| 研修希望地域・場所：  | _____ 地方 _____ 都道府県  |
| 研修希望組織・施設：  | _____ 家畜保健衛生所 ・ _____ 家畜診療所（農業共済組合等）<br>_____ ・ その他（動物検疫所等）： |
| 研修希望分野：     | _____ 家畜衛生 ・ _____ 産業動物診療 ・ その他：                             |
| 研修希望内容：     | _____<br>_____   |
| 氏 名：        | _____（所属 _____）  |
| 住 所：        | 〒 _____  |
| 連 絡 先：      | T E L _____<br>F A X _____<br>E - mail _____@                |

※ ご記入の個人情報は、本研修に係る連絡等、本事業実施に係る目的のみに利用します。

本件の申込・問合せ先  
公益社団法人 日本獣医師会 事務局  
事業担当：畠山、榊原、松岡  
TEL：03-3475-1601 FAX：03-3475-1604  
E-mail：kyogikai@nichiju.or.jp