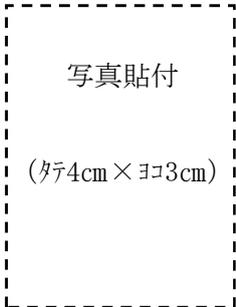


## 養成研修受講申請書

(申請年月日)

年 月 日

栃木県知事 様



栃木県農薬管理指導士認定事業実施要領の規定に基づき、下記のとおり養成研修受講の申請をします。

1. 申請者氏名	(フリガナ) ----- (自署)	2. 生年月日  年 月 日
3. 自宅住所	〒 ー  電話番号 ( ) ー	
4. 勤務先・事業所の名称	----- (ゴルフ場関係者は、本欄にゴルフ場の名称を記入してください。)	
5. 職種	(該当する職種に○を付けてください) 農業・販売業・防除業・営農指導員・ゴルフ場関係・ その他 ( )	
6. 勤務先・事業所の所在地 (自宅と同一の場合は省略可)	〒 ー  電話番号 ( ) ー 昼間に連絡可能な電話番号 ( ) ー	
7. メールアドレス	@	
8. 販売、指導又は防除の実務経験 (2年以上の実務経験が必要(要領第4の2の(1)ウ関係)) ※ゴルフ場関係者は記載不要です。	年 か月	

※県記入欄

※受付番号		※受験番号		※認定番号	
-------	--	-------	--	-------	--

別紙

## 個人情報の取扱いについて

- 1 受講申請書により、今回あなたから提出された個人情報につきましては「栃木県個人情報保護条例」に基づき適切に管理いたします。
- 2 今後、農薬管理指導士に認定されますと、あなたの所属する会社・団体等から、認定者の把握の目的で、あなたの氏名等の照会を受けることがあります。県としては、予めあなたの同意を得た上で、あなたの①氏名、②認定番号、③認定期間のみ情報提供したいと考えております。

このことについて、同意していただけるかどうか、どちらかに○印を付けてください。

なお、この件についての同意の有無は、農薬管理指導士の認定には一切関係ありませんので、念のため申し添えます。

同意する      ・      同意しない

※ 記載がない場合は、同意したこととして取扱いますので、御了承ください。