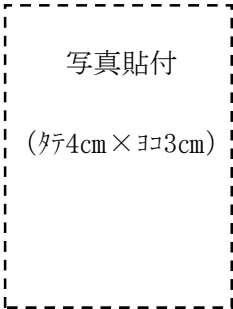


養成研修受講申請書

(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第4の3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)	2. 生年月日
	(自署)	
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)	〒 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	
-------	--	-------	--	-------	--

【個人情報の取扱いについて】

本申請書に記載いただいた個人情報については、栃木県農薬管理指導士認定事業に関する事務のために使用します。

あなたの所属する会社・団体等から、認定状況の照会があった場合、①氏名、②認定番号、③認定期間を情報提供することに同意しますか。

☐ 同意します ☐ 同意しません