別記様式第１号

養成研修受講申請書

（申請年月日） 　　　　　　　　年　　　月　　　日

栃木県知事　様

写真貼付

（ﾀﾃ4㎝×ﾖｺ3㎝）

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 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | ２.生年月日 |
| （自署） | | 年　　　月　　　日 |
| ３.自宅住所 | 〒　　　－ | | |
|  | | |
| 電話番号（　　　）　　　－ | | |
| 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） | 〒　　　－ | | |
|  | | |
| 電話番号（　　　）　　　－  昼間に連絡可能な電話番号（　　　）　　　－ | | |
| 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 |