様式第１

|  |  |
| --- | --- |
| ＊受講番号 |  |

**愛知県農薬管理指導士養成研修受講申請書**

年　　月　　日

愛　知　県　知　事　殿

愛知県農薬管理指導士養成研修を受講したいので、申請します。

|  |
| --- |
| 写　　真申請前６か月以内に撮影した正面上半身 |

ふりがな

氏　　名

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 勤務先の名称 |  |
| 勤務先の所在地及び電話番号  | 〒ＴＥＬ　　　　　　（　　　　） |
| メールアドレス |  |

＊は記入しないでください。

今回収集した個人情報は、愛知県農薬管理指導士にかかる業務以外に使用しません。

[実務経験年数証明欄]

申請者は、　　　　年　　月から　　　　年　　月までの　　年　　か月間、

□農薬販売業務

□防除業務

に従事していることを証明する。

□ゴルフ場農薬使用業務

□農薬使用についての指導的業務

※従事している業務に☑マークをつける。

勤務先住所地

勤務先名称

勤務先代表者

注　　申請者が農薬販売者又はその従業員である場合は、農薬販売届の写しを添付する

こと（毒物劇物販売業登録票ではありません）。