

このスペースに事務局にて
整理番号を記入しますので
空欄としてください。

写 真

秋 田 県 農 薬 管 理 指 導 士 認 定 事 業 養 成 研 修 受 講 申 込 書

日付は申請日とします。

令和 年 月 日

秋 田 県 知 事 ○ ○ ○ ○

受講される方の住所となります。

郵便番号
住 所

現在勤務されている所属先
(支店等)の名称と連絡先を
記入します。

氏 名
生年月日 年 月 日 (才)
勤務先名称
連絡先(TEL)

秋 田 県 農 薬 管 理 指 導 士 認 定 事 業 養 成 研 修 に 申 込 み ま す。

実 務 経 験 証 明

受講資格は経験年数が“おおむね2年以上”となります。
詳細については事務局までお問い合わせください。

上 記 申 込 者 は、 年 月 から 現 在 ま で (経 験 年 数 年 月)
農 薬 販 売 業 務 (防 除 業 務) に 従 事 し て い る こ と を 証 明 し ま す。

令 和 年 月 日

右上の日付と同日とします。

代表者の方が在籍する所属先
(本店等)の名称と連絡先を
記入します。

勤務先郵便番号
勤務先名称及び住所

連絡先(TEL)

代表者職氏名

(注) 実務経験証明で、農薬販売者本人の場合は、証明に代えて農薬販売所証の
写しを添付すること。