【様式　１】

|  |
| --- |
|  |
|  | 　 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　令和　　年　　月　　日 　　秋田県知事　 ○○　○○　郵便番号住　 所氏　　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。