【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。