【様式　２】

|  |
| --- |
|  　令和　　年　　月　　日秋田県農薬管理指導士認定事業更新研修受講申込書　　秋田県知事　○○　○○　郵便番号住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　　　 生年月日　　　　　　年　　月　　日（　　才）勤務先の名称連絡先(TEL)  秋田県農薬管理指導士認定事業更新研修に申込みます｡ １．要綱第５の（２）のアに基づく受講の場合農薬管理指導士認定証書番号　　　　　○○　第　　○○　　号認定年月日　元号○○年○○月○○日　（又は）２．要綱第５の（２）のイ又はウに基づく受講の場合合格証等名称　　　　　　　　　　　証書発行者職氏名合格証等番号　　　　　　　　　　　合格年月日　 　年　　月　　日 ３．実務経験証明上記申込者は農薬販売業務（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）要綱第５の（２）のイ又はウに基づく受講の場合、合格証等の写しを添付する。