【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。