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。

秋田県農薬管理指導士認

日付は申請日とします。

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 〇〇 〇〇

受講される方の住所とします。

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 ³勤務先の名称 連絡先(TEL)

年 月 日(才)

秋田県農薬管理指導士認定事業更新研修に申込みます。

秋田県認定者の場合は認定証の内容 を記入します。

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

(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

他都道府県等で同様の資格を有している場合はこちらへ記入します。

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

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)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。