

様式2

京都府農薬管理指導士認定事業養成研修受講申請書

年 月 日

京都府知事 様

氏名

京都府農薬管理指導士認定事業養成研修を受講したいので申請します。

住 所	(〒 —)
生年月日	年 月 日生
電話番号	()
メー ル	@
資 格	※民間団体の実施している同種事業による資格を取得している場合は、該当事項に○をつけてください。 (1)防除指導員 (2)農薬安全コンサルタント
勤 務 先	名 称： 所 在 地： 電 話 番 号： メー ル： @
勤務に関する証明	※この欄は、勤務先において証明を受けてください。 申請者は、農薬販売業務（防除業務等）に従事していることを証明します。 年 月 日 名 称： 勤務先の代表者 ㊟
従事区分	※いずれかに○印を付けてください。一部の受講科目が変わります。 (1)農薬販売業務 (2)造園業務 (3)防除業務（主に公園緑地） (4)防除業務（主に農地） (5)ゴルフ場 (6)その他（)

注1 受講票を送付しますので、自身の送付先住所及び宛名を記入した官製はがき（裏面は白紙）を同封してください。

注2 写真（タテ4cm×ヨコ3cm）を同封してください（提出前6箇月以内に撮影、正面上半身、無帽のもの。裏面に氏名を記載のこと。）。

注3 防除指導員、農薬安全コンサルタントの登録認定証の写しを同封してください。