（別記様式第１号）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| この欄事務局により記載 |  |

　　　　　　　　　東京都農薬管理指導士養成研修受講申請書 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日 　　　東　京　都　知　事　　宛 （写　　真） 　　　　ふりがな 　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  　　　　生年月日　　□昭和　□平成　　　　　年　　　　月　　　　日 　　　　　　　　　　〒 自宅住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 電話番号　□自宅　　□携帯　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅメールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　業種　□農薬販売業　□ゴルフ場　□造園・防除業　□農業協同組合　□その他　□勤務先なし 　　 　勤務先の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　　　〒 　　　　勤務先の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 勤務先の電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　東京都農薬管理指導士養成研修を受講したいので申請します。 　《農薬の取扱に関する実務経験の年数について、勤務先からの証明》 　　　申請者は　　　　年　　月から現在まで　　年　　か月間　農薬の取扱を行っていることを証明します。 　　　　　　　勤務先名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　代表者または上司の役職　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者または上司の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者が勤務先の代表者本人の場合は記入不要 　《添付書類》　（１）農薬販売届の写し（農薬の販売を行っている場合のみ）（２）証明写真（縦４cm×横３cm） |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

　（日本工業規格Ａ４）