（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）