

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



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)