

石川県農薬管理指導士養成・更新研修受講申請書

令和 年 月 日

石川県知事 殿

氏名

生年月日（和暦で記入）

勤務先の名称及び住所

〒

勤務先の電話番号及びFAX

TEL

FAX

受講資格（該当するものを選ぶ）

- 農薬販売者またはその従業員
- 防除業者のうち現に防除業務に従事している者
- ゴルフ場のコース管理部門で農薬管理等に従事している者
- 生産者団体組織及び農産物等直売所開設・運営団体において農薬に関係する業務に従事している者

石川県農薬管理指導士養成・更新研修を受講したいので申請します。

<p>研修区分 会場（養成） 資料受取方法（更新）</p>	<p><input type="checkbox"/> 養成（新規） 2月9日（月） 石川県庁</p> <p><input type="checkbox"/> 更新（旧認定番号：第 号） (資料受取方法を選んでください)</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送</p> <p><input type="checkbox"/> メール（メールでお申込みください）</p>
---------------------------------------	---

注 資料をメールで受け取る方には、申請書提出時のメールアドレスに資料を送付する。