

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係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。

研修区分 会場（養成） 資料受取方法（更新）	<input type="checkbox"/> 養成（新規） 2月9日（月） 石川県庁 <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） <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> メール（メールでお申込みください）
------------------------------	--

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。