

(様式第1号)

令和8年度 岐阜県農薬管理指導士養成研修受講申請書

年 月 日

岐阜県知事 江崎 禎英 様

写真 4cm×3cm	住 所	〒
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	電 話 番 号	
勤務地（実際に勤務する場所）		
勤務地の住所	〒	
勤務地の名称		
勤務地の電話番号		

岐阜県農薬管理指導士養成研修を受講したいので申請します。

(勤務先等証明欄)

申請者は、 年 月 日より現在まで 年 か月間

☐ 農薬販売業務	☐ 防除業務
☐ ゴルフ場防除業務	☐ 農薬適正使用指導業務

※主たる業務を1つ選んでレ点をつけてください。

に従事していることを証明します。

証明日 年 月 日

所在地

名称

代表者

農薬販売の場合：農薬販売届出済証の番号

(注) 申請者が農業者である場合は、勤務先等証明欄の記入は不要です。
今回収集した個人情報は、岐阜県農薬管理指導士に関する業務以外に使用しません。