

愛媛県農薬管理指導士認定研修受講申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者 住所
ふりがな
氏名
生年月日

勤務する事務所	所在地	
	名称	
	代表者氏名	

注 実務経験年数証明書（様式第2号）及び毒物劇物取扱責任者の資格を証明するものの写しを添付のこと。

<h1>実務経験年数証明書</h1>		
年 月 日		
愛媛県知事 様		
代表者		住所 名称 氏名
印		
下記の者は、次のとおり農薬販売業務（農薬使用業務）に従事していることを証明します。		
愛媛県農薬管理 指導士認定研修 受講申請者	氏名	
	住所	
従事期間	勤務する事務所	業務内容
年 月～ 年 月		

備考：氏名（法人の場合にあっては、その名称及び代表者の氏名）を自署する場合には、押印を省略することができる。

認定番号

認 定 証

氏 名
住 所
生年月日

上記の者を愛媛県農薬管理指
導士として認定する。ただし、
認定期間は 年 月 日までと
する。

年 月 日

愛媛県知事

印

愛媛県農薬管理指導士認定更新申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

申請者 住所
ふりがな
氏名
生年月日

勤務する事務所	所在地	
	名称	
	代表者氏名	
認定状況	認定年月日	
	認定番号	

愛媛県農薬管理指導士認定証再交付申請書

年 月 日

愛媛県知事 様

住所
申請者 さんが
氏名
生年月日

愛媛県農薬管理指導士認定要綱第 11 条に基づき愛媛県農薬管理指導士認定証の再交付を受けたく申請します。

認定年月日	
認定番号	
再交付の理由	