

群馬県農薬適正使用推進員養成研修受講申請書

年 月 日

群馬県知事

あて

郵便番号 〒 —

住 所

氏 名 ㊟

電話番号

パソコンメールアドレス

※最新の病虫害発生予察情報、農薬情報等を提供します。  
情報提供を希望される方は御記入ください。

(申請者が法人に属する場合)

勤務先の名称

及び住所

群馬県農薬適正使用推進員養成研修を受講したいので、調書を添えて申請します。

※以下は農業協同組合に所属している方のみ御記入ください。

**【農協への個人情報提供について】**

各農業協同組合から農薬適正使用の関係で連絡等を取りたい場合に、  
農薬使用適正推進員であるという情報を、所属する農業協同組合に提供  
してよいか伺います（情報提供する内容は、認定番号、氏名、住所、電  
話番号、認定期間です）。

つきましては、個人情報の提供の同意についてどちらかに○をつけ、  
同意する場合は所属する農業協同組合名を御記入ください。

私は、群馬県農薬適正使用推進員を取得した場合、自分が群馬県農薬  
適正使用推進員であることを群馬県が情報提供することに

( ) 同意します。 ( ) 同意しません。

所属する農業協同組合名： \_\_\_\_\_

## 調 書

フリガナ 氏 名			写 真 (3 cm×4 cm)  (上半身脱帽) 6ヶ月以内に撮影したもの
生 年 月 日	昭・平 年 月 日 (満 歳)	男・女	
現 住 所	〒 —		
自 宅 電 話 番 号	— —		
緊 急 時 連 絡 先 (携帯電話可)	— —		
職 歴 (就農予定者は、就農 予定年月日を記入)	年 月		
経 営 作 目			
経 営 耕 地 面 積	アール		
本年度の出荷の有無	有 ・ 無		
農薬使用履歴の記録	有 ・ 無		
上記のとおり相違ないことを誓います。  年 月 日  氏 名 <span style="float: right;">印</span>			

(注) 経営耕地面積については、1アール未満は切り捨てること。

「本年度の出荷の有無」、「農薬使用履歴の有無」欄は該当する方に○印を付けること。