

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 _____

メールアドレス _____

認定された農薬適正推進員の希望者には、最新の病害虫発生予察情報、農薬情報等をメールでお知らせしています。メールマガジンの受信を御希望ですか。

はい ・ いいえ (どちらかに○をつけてください)

(申請者が農業生産に係る法人に属する場合)

勤務先の名称
及び住所 _____

(申請者の居住地が群馬県外の場合)

群馬県内の農業従事先(予定を含む)の市町村 _____

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。

(注)本書に記入された個人情報は、群馬県農薬適正使用推進員認定事業の目的以外には使用しません。
(事前の同意がある場合を除く)

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 | 年 | 月 日 (満 歳) | |
| 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 | | | |

(注1) 経営耕地面積については、1アール未満は切り捨ててください。

「本年度の出荷の有無」、「農薬使用履歴の記録」欄は該当する方に 印を付けてください。

(注2) 本書に記入された個人情報、群馬県農薬適正使用推進員認定事業の目的以外には使用しません。