別記様式１号

埼玉県農薬適正使用アドバイザー認定申請書

　　年　　月　　日

　（あて先）

埼玉県知事

住　　所　〒

ふりがな

氏　　名

電話番号

メールアドレス

生年月日　　 　 年　　 月　　 日

職　　業 　農業・農協・農業共済・造園業・

　　　　　　 農薬販売業・その他（ ）

　　　　　（いずれかに○を付けてください。）

職場の名称

職場の住所　〒

　埼玉県農薬適正使用アドバイザー等認定事業実施要領第２の１に基づき、申請します。