

実務経験年数証明書

年 月 日

愛媛県知事 様

住所
代表者 名称
氏名 印

下記の者は、次のとおり農薬販売業務(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)を自署する場合においては、押印を省略することができる。