

ペストコントロール技能師 認証講習 受講申請書

| | | | |
|---|---|-------|---------------|
| フリガナ | | | 生 年 月 日 |
| 氏 名 | | | (西暦) 年 月 日 |
| 種 別 | ※下記のいずれかに○印を記入してください <input type="checkbox"/> 会員・賛助会員 <input type="checkbox"/> 会員外 <input type="checkbox"/> 学生 | | |
| メールアドレス | ※受講票等をメール送信いたしますので必ず記入してください @ | | |
| 受講会場 (二次) | ①二次の実技講習を希望する会場に○印を記入してください 宮城 (2/16) 東京 (3/17) 愛知 (3/10) 大阪 (3/9) 岡山 (2/21) 高知 (3/2) 福岡 (2/22) ②『東京会場』希望者は、希望する時間帯に○印を記入してください 午前の部 (9:30~12:20)・午後の部 (13:00~15:50)・どちらでもよい | | |
| 業務経験年数 (会員外のみ記入) | 年 月 ~ | 年 月 | (満 年 か月) |
| 学 歴 (学生のみ記入) | 科目名： 単位数または時間： | | |
| 連絡先登録 | 勤務先名 代表者名 | 〒 | — |
| | 住 所 | TEL : | FAX : |
| 「会員外・学生」は 自宅住所も記入して ください。 テキスト等は自宅宛 に送付します。 | 自 宅 | 〒 | — |
| | | TEL : | |
| 当協会ホームページ「ペストコントロール技能師資格認証者名簿」への掲載について (合格された方は、氏名、技能師番号、有効期限を掲載します。一部のみ掲載は不可) 下記のいずれかに○印を記入してください。 ・掲載を希望する ・掲載を希望しない | | | |
| 公益社団法人 日本ペストコントロール協会 会長 殿 ペストコントロール技能師資格認証規程により、上記の者のペストコントロール技能師認証講習 受講を申請します。 (西暦) 年 月 日 | | | |

注)「業務経験年数」および「学歴」については、証明書を提出していただく場合があります。