別記様式第７号

大分県農薬指導士更新研修受講期間延長届

年　　月　　日

大分県知事　　殿

郵便番号
住　　所
申請者
氏　　名

生年月日
電話番号

下記の理由により大分県農薬指導士更新研修の受講について１年間延長を希望しますので、大分県農薬指導士認定事業実施要領第５の４の（１）の規定に基づき届け出ます。

記

１　認定年月日、認定番号

２　認定期間内に更新研修を受講できない理由