樹 木 医 補 資 格 認 定 申 請 書

（様式第1号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 樹木医補の資格認定申請書を提出します。 | 申請年月日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 太枠内にご記入下さい。※は記入しないこと。 | ※受付番号 |  |
| ふ り が な |  |  | 写 真縦５㎝×横４㎝本人単身、無帽、胸から上最近6ヵ月以内撮影のもの |
| 氏 名 |  |  | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日（和暦と西暦の両方をご記入ください） | 昭和・平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 西暦 |  |
| 本 籍 地 |  | 都 道 府 県 | 年　齢 |  | 歳 |
| **補資格養成機関名****（大学等名称）** | 名　称 |  | 在籍期間 |
| 学　部 |  | 西暦 |  | 年 |  | 月入学 |
| 学科名 |  |  | 年 |  | 月卒業 |
| **①自宅住所**(申請時自宅住所) | 〒 |  | － |  |  | 都・道・府・県 |
|  |
| TEL |  | 携帯 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| **②勤　務　先**（未定の場合は未記入で結構です） | 勤務先名 |  |
| 〒 |  | － |  |  | 都・道・府・県 |
|  |
| TEL |  | 携帯 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| **③認定証送付先住所※11月1日以降**※認定証は11月中旬に発送予定です。書類受取りが可能な住所を記載してください。 | 〒 |  | － |  |  | 都・道・府・県 |
|  |
| TEL |  | 携帯 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 連絡先 | **確実に連絡が取れる方法に○をつけてください→** | 上記、 ① ・ ② ・ ③ の〔TEL ・ 携帯 ・ FAX ・ E-mail〕 |
| 携帯型認定証 | **必ず何れかに○をつけて****下さい　　　→** | 1.必要　　　　　　2.不要 |
| ※認定年月日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | ※登録番号 | 第 |  | 号 |

一般財団法人 日本緑化センター

会 長 殿

　以下のアンケートにご協力ください。事項の該当する番号を、右の欄にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Q1.就職先は、樹木医試験に必要な業務経験を積むことのできる会社ですか？ | **1.**はい　**2.**いいえ　**3.**就職活動中　**4.**進学予定(大学院等) |  |
| ★Q1で「はい」と答えた方のみ、業種をお知らせください。 | **1.**造園業　**2.**農林業　**3.**調査・設計事務所　**4.**コンサル業**5.**公務員　**6.**団体職員　**7.**組合職員　**8.**NPO　**9.**その他 |  |
| Q2.樹木医試験に今後応募するつもりはありますか？ | 1.1～2年後に応募する　2.3～4年後に応募する3.5～6年後に応募する　4.未定　 |  |