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 |  |