樹 木 医 補 資 格 認 定 申 請 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |
| **①自宅 現住所**  (申請時自宅住所) | 〒 | | | | | | |  | | | | － | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | 都・道・府・県 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | | | |  | | | | | | | | | | 携帯 | | | |  | | | | | | | | | | | FAX | | |  | | | |
| E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | |
| **※申請後の連絡先**  **②実 家 等**  ※申請時自宅住所と同じ場合は記載不要。  **※認定証は5月中旬に発送予定です**。 | 〒 |  | | | | | | － | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | 都・道・府・県 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | |  | | | | | | | | | | 携帯 | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX | |  | | | | | |
| E-mail | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **③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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **郵送物送付先** | **必ず何れかに○をつけて下さい** | | | | | | | | | | | 〔　**①自宅 現住所**　 **②実 家 等**　 **③勤 務 先**〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **携帯型認定証** | **必ず何れかに○をつけて下さい** | | | | | | | | | | | **1.必要**（発行手数料は3,000円です）　**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 |  |