

平成30年度樹木医研修受講者選抜試験申込書

受付番号	※	希望する試験会場 (「〇印」を付けること→)	仙台・東京・名古屋・大阪・福岡	
ふりがな			写 真 1. 縦5×横4 cm 2. 本人単身・無帽・胸から上 3. 最近6ヶ月以内撮影のもの 4. コピー用紙への印刷不可	
氏 名	⑩ 性別 (男・女)			
生年月日	昭和・平成 (西暦 19	年 月 日生 年) 年齢 (申し込み時点)		歳
本籍地	(都道府県のみ記入)			
現住所	〒	-	都道府県コード (表-1 参照)	
	TEL :	FAX :		
	携帯電話 :	E-mail :		
勤 務 先	名称			
	所在地	〒	- 業種コード (表-2 参照)	
		TEL :	FAX :	
	E-mail :			
受験票 送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 () <small>(必ずチェックをすること。ハガキに記載した住所に間違いがないか必ずご確認ください。)</small>			
学 歴	最終卒業学校名	学部学科名	在籍期間	
			年 月～ 年 月	
学位・資格 (造園土 木, 環境緑 化等に係る もの)	取得した学位・資格等の名称		取得した年月日	
	樹木医補資格	有・無 認定番号	認定証写し添付 <input type="checkbox"/> <small>(必ずチェックをすること)</small>	
			年 月	
			年 月	
		年 月	年 月	
◎申し込み時点で参加できな い研修時期が判明している場 合のみ「×印」を付けること→	研修時期		参加不可	
	【第1期】10月 1日 (月) ～ 10月13日 (土)			
	【第2期】10月15日 (月) ～ 10月27日 (土)			

注1. 太枠内に必要事項を記入してください (※の欄は記入しないでください)。

注2. 取得した個人情報厳正に管理し、当財団の業務運営上必要な範囲内で利用させていただきます。

受験手数料の振込票またはその写しの貼り付け欄

※振込票が A4 サイズ以上である場合は、貼り付けずに同封してください。

※ネットバンキングを利用する場合は、振込の受付画面あるいは完了画面〔①振り込み（予定）日、②振込先口座、③振込金額、④振込依頼人名等が表示されたもの〕を印刷し、添付してください。

なお、各銀行により画面の表示内容が一律ではないため、画面上に上記①～④の情報が表示されない場合は、印刷物に手書きで記入してください。

業務経歴書

事務所又は勤務先 (部課まで)	所在地 (市区町村まで)	地位 職名	業務内容	従事期間	
				H・S 年・月～年・月	年月数
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
				年 月～	年 ヲ月
				年 月	
合計年数 (必要な経験年数を満たしているか、必ずご確認ください)					年 ヲ月

注1. 表内の年号は、「昭和=S」「平成=H」と表記すること。

注2. 業務内容は「造園」「設計」「営業」「施工管理」等と記入するのではなく、樹木の調査・研究、診断・治療、保護・育成・管理、公園緑地の計画・設計・設計監理、苗木の生産等に従事したことが判断できる**具体的内容を記入すること。**

注3. **従事期間は時系列(時間の経過順)で重複しないように記入すること。**

注4. 1年間を業務工期毎に分けるのではなく、代表的な業務内容を枠内に列記して整理すること。

業務経験事例

1	事例(研究)名			
	年月		場 所	
	対象樹種		形状等	
	症状・診断所見 (研究テーマ)			
	具体的処置・方法 (研究方法)			
	処置(研究)後の結果			
報告(発表)				
2	事例(研究)名			
	年月		場 所	
	対象樹種		形状等	
	症状・診断所見 (研究テーマ)			
	具体的処置・方法 (研究方法)			
	処置(研究)後の結果			
報告(発表)				
3	事例(研究)名			
	年月		場 所	
	対象樹種		形状等	
	症状・診断所見 (研究テーマ)			
	具体的処置・方法 (研究方法)			
	処置(研究)後の結果			
報告(発表)				

注. 樹木の保護・管理、樹勢回復・治療等に関する主な実施(研究)事例について、「業務経験事例(記入例)」を参考に、**最大3事例**について取りまとめること(行を増やしての作成可。ただし**最大A4サイズ3枚まで**とする)。

業務経歴証明書

平成 30 年 月 日

申請者 氏 名 (印)

生年月日 年 月 日生

記

事務所又は勤務先 (部課まで)	所在地 (市区町村まで)	地位 職名	業務内容	従事期間	
				H・S 年・月～年・月	年月数
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
				年 月～ 年 月	年 ヲ月
合計年数 (必要な経験年数を満たしているか、必ずご確認ください)					年 ヲ月

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 30 年 月 日

所在地

証明者 団体・法人名 (印)

代表者名

注. 証明者はP17「(様式第4号)業務経歴証明書の書き方」(3)証明者によること。