

第1号様式

受験番号

※未記入としてください

令和7年度いわて林業アカデミー

研修の許可申請書

選考区分	申請資格
推薦	( ) 岩手県内の高等学校を卒業見込みの者
	( ) 岩手県外の高等学校を卒業見込みの者
一般	( ) 高等学校を卒業した者(卒業見込み含む)
	( ) 高等学校卒業程度認定試験又は大学入学資格検定合格者
	( ) 大学又は短期大学を卒業した者(卒業見込み含む)
	( ) 修業年限が3年の専修学校高等課程を修了した者(修了見込み含む)
	( ) その他、岩手県林業技術センター所長が認める者

※該当する選考区分及び申請資格について○印を付けてください

年 月 日

岩手県知事 様

本人氏名



※自 署

いわて林業アカデミーの受講を申請します。

ふりがな氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
学歴等	卒業(見込)年次	学校名	学部・学科等
	年 月		
職歴等	勤務期間	勤務先名	業務内容等
	年 月から		
	年 月まで		
	年 月から		
	年 月まで		
特記事項			



参考様式

## 健康診断書

氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男・女
現住所					
身長	cm	既往症 自覚症状 他覚症状			
体重	kg				
視力 (矯正)	右		聴力	右	所見なし 所見あり
	左			左	所見なし 所見あり
胸部エックス線撮影 ( 直接 ・ 間接 ) 撮影日 年 月 日					
所見					
血圧	/ mmHg		尿検査	糖	
				蛋白	
蜂毒アレルギー		スズメバチ ( ) アシナガバチ ( ) ミツバチ ( )			
判定	ア 健康	健康管理上の留意事項 その他所見			
	イ 要観察				
	ウ 要療養				
上記のとおり診断する。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">           年 月 日            所在地            病院又は施設の名称            医師氏名         </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">印</span> </div>					