

第1号様式

受験番号

※未記入としてください

写 真

撮影3カ月以内

(縦4cm×横3cm)

写真裏面に氏名を

記入してください

令和7年度いわて林業アカデミー

研修の許可申請書

※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

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

令和 年 月 日

岩手県知事 様

本人氏名

印

※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		
	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		
	年 月から 年 月まで		
特記事項			



第3号様式

推 薦 書

令和 年 月 日

岩手県知事 様

学 校 名

学 校 長 名

印

次の者は、いわて林業アカデミー研修生募集要項の申請資格条件に該当するので推薦  
します。

ふりがな

氏 名

男・女

年 月 日 生

推薦理由

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
	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。 令和 年 月 日 所在地 病院又は施設の名称 医師氏名 <span style="float: right;">印</span>						