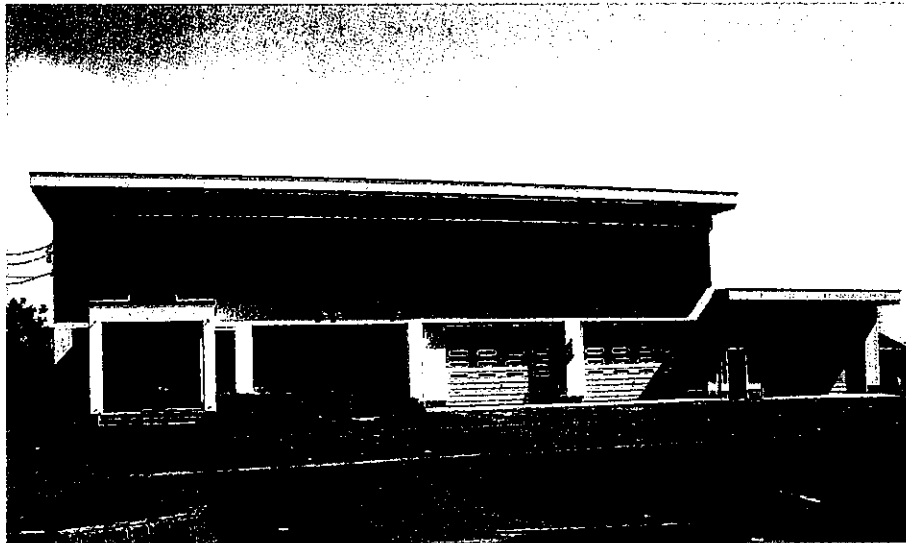


平成30年度

とやま農業未来カレッジ

研修生 二次募集

(通年研修)



こんな方におすすめです!

来たれ、
未来の
農業者!

農業を勉強した
ことはないが
農業をやりたい



実家は農家だけど
しっかり農業の
基礎を勉強したい



農業法人に
就職するために
実践的な
技術を
学びたい



平成30年度
「とやま農業未来カレッジ」研修生応募要領

1 応募書類

ア 願書(様式1) 1通

イ 選考票(様式2) 1通

氏名、生年月日を記入し、写真は履歴書の写真欄と同一のものを張り付けること。
(審査当日、写真を張り付けていない場合は審査対象外となります。)

ウ 履歴書(様式3) 1通

本人自筆の上、写真を張り付けること。

エ 身上書(様式4) 1通

本人自筆。

オ 健康診断書(様式5) 1通

※現在、在学・就業中の者は、当校所定の「健康診断書」に替えて、在学校・勤務先において1年以内に受検した健康診断結果の写しでも可。

カ 返信用封筒 2通

定型封筒(長形3号)に住所・氏名を記載し、82円切手を貼り付けたもの。

※1 応募書類は、黒のインク(ボールペン可:消せるボールペンは不可)で記入して下さい。

※2 応募資格がないこと、及び応募内容に虚偽が認められる場合は、合格を取り消すことがあります。

2 応募期間

平成29年12月22日(金)～平成30年2月19日(月)(必着)

3 応募方法

郵送又は持参により提出すること。

- ・郵送による場合は、必ず簡易書留とし、応募期間内必着のものに限ります。普通郵便で送付した場合の事故については、責任を負いません。
- ・持参の場合の受付時間は、平日9:00～17:00(土・日曜日、祝日は除く)です。

4 応募先

939-8153 富山県富山市吉岡108番地
とやま農業未来カレッジ
TEL (076)461-3180

願 書

とやま農業未来カレッジに入学したいので、申し込みます。

平成 年 月 日

とやま農業未来カレッジ校長 殿

本人 住所

電話 () — 番

(固定電話、携帯電話等連絡が取れる電話番号を記入する。)

ふりがな
氏名

昭和・平成 年 月 日生 (満 才)

保護者 住所

(※)

電話 () — 番

ふりがな
氏名

備考：保護者の欄(※)は、本人が申し込み時点で20歳未満の場合に限り、記入する。

選考結果の 郵送先	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 〒 — _____ _____
--------------	--

平成30年度 選考票

※選考番号	
ふりがな	・
氏名	昭和・平成 年 月 日生
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">写真の大きさ 35mm×45mm (パスポートサイズ)</div> <ol style="list-style-type: none">1. 正面上半身を無帽で撮影したもの2. 出願前30日以内に撮影したもの	

記入上の注意

1. ※は記入しないこと。
2. 写真は願書提出時に履歴書に貼り付けたものと同じものとする。



履 歴 書

(平成 年 月 日現在)

写真貼付欄

35mm×45mm
(パスポートサイズ)

1. 正面上半身を無帽で撮影したもの
2. 出願前30日以内に撮影したもの

ふりがな			
本人氏名	昭和・平成 年 月 日生(満 才)男・女		
保護者氏名 [※]			
ふりがな			
現住所			
郵便番号	〒 -	電話	() -

※保護者氏名は、本人が20歳未満の場合に限り記入する。

年 月	学 歴 ・ 職 歴
・	(最終学歴)
・	
・	
・	
・	
・	

取得年月	特技・資格(自動車免許含む)
・	
・	
・	
・	
・	

身 上 書

氏 名

(志望動機)

(希望する就農の種類)

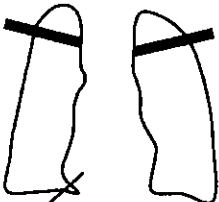
該当するものに○を付け、()には希望作物名等を記入する。

就農形態	経営作物
1 親族の農業経営に参加	1 主穀作 (水稲・大麦・大豆)
2 新たに農業経営を開始	2 野菜 ()
3 農業法人等従業員	3 果樹 ()
4 その他 ()	4 花き ()
	5 その他 ()

(趣味)

(その他：農作業の経験・体験など)

健康診断書

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生
現住所							
診 断 事 項							
エ ッ ク ス 線 検 査	エックス線像		視力	左 ()	右 ()		
	直接		色覚				
	間接		身体障害	区 分			
	撮影年月日 ()	運 動					
	撮影番号 ()	視 覚					
		聴 覚					
	言 語						
所見			その他の疾病 及び異常				
健康 ・ 要観察 ・ 要医療							
主 な 既 往 症							
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所（所在地） 医療機関名 医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>							

※現在就業中の者は、当校所定の「健康診断書」に替えて、勤務先において1年以内に受検した健康診断結果の写しでもよい。