こうべ給食ファーマー　受講申込書

令和　年　月　日

一般財団法人神戸農政公社　理事長　様

下記により、こうべ給食ファーマーの受講を申し込みます。

（フリガナ）	生 年 月 日	年 齢	性 別
氏　名	年　月　日	歳	
現 住 所			
〒			
電話番号 携帯電話	e-mail		
職　　業			
最終学歴	中学校 高等学校 大学	年　　月 卒業	

職歴	年	月	～	年	月	
			～			
			～			
			～			

家族氏名	続柄	年齢	職業・勤務先	就農に対する家族の理解・支援の見込み

※面接日：8/5～8/9（9時～16時）の中で都合が悪い日・時間をお知らせください。

<table>
<tr><td rowspan="4">研修受講の動機等</td><td colspan="2">1　研修受講の動機（なるべく詳しく）</td></tr>
<tr><td colspan="2">2　経営したい作目と面積</td></tr>
<tr><td colspan="2">3　就農希望地（理由）</td></tr>
<tr><td colspan="2">4　農業経験や農業研修経験の有無等</td></tr>
<tr><td rowspan="4">健康状態</td><td>① 車の運転上で医師からの指示（注意）事項があるか</td><td>ない</td></tr>
<tr><td colspan="2">その指示又は注意事項の内容（　　）</td></tr>
<tr><td>② 農作業上等で医師からの指示（注意）事項があるか</td><td>ない</td></tr>
<tr><td colspan="2">その指示又は注意事項の内容（　　）</td></tr>
</table>

＊個人情報の取扱いについては厳重に管理し、受講者の就農支援のためのみに使用します。