

岩手県農薬管理使用アドバイザー認定事業実施要領

(趣旨)

- 第1 この要領は、岩手県農薬管理使用アドバイザー認定事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づく岩手県農薬管理使用アドバイザー認定事業を実施するうえで必要な事項を定めるものとする。

(研修の実施及び受講申請)

- 第2 要綱第4に基づく農薬管理使用アドバイザー養成研修及び農薬管理使用アドバイザー更新研修は各年1回以上実施することとし、受講を希望する者は、申請書（様式第1号又は第2号）に所定事項を記載のうえ、知事に受講の申請を行うものとする。

(認定試験の実施及び合格判定基準)

- 第3 要綱第6に基づく試験の時間は1時間とする。
- 2 試験は100点満点で採点し、70点以上の者を合格とする。

(認定試験の免除)

- 第4 要綱第7に基づき試験の免除を希望する者は、願出書（様式第3号）に、資格証書の写しを添え、知事に提出する。
- 2 知事は、前項の願出書を審査し、要綱第7各号のいずれかに該当し、かつ、養成研修を受講している場合は、試験を免除する。

(認定証の交付、再交付及び返納)

- 第5 知事は、要綱第8により農薬管理使用アドバイザーとして認定した者に対し、認定証（様式第4号）を交付するものとする。
- 2 氏名の変更により、前項で規定する認定証の記載内容について変更を生じた農薬管理使用アドバイザーは、記載事項変更届（様式第5号）により知事に届出を行い、認定証の再交付を受けるものとする。
- 3 認定証を滅失し、又は汚損した農薬管理使用アドバイザーは、再交付申請書（様式第6号）により知事に申請を行い、認定証の再交付を受けるものとする。
- 4 農薬管理使用アドバイザーが、要綱第5に定める要件に合致しなくなった場合、又は要綱第9による認定の取り消しを受けた場合は認定証を速やかに知事に返納するものとする。

(認定状況の記録)

- 第6 県は、様式第7号により認定証の交付状況を記録保存するものとする。

(住所、勤務先その他連絡先の変更)

- 第7 住所、勤務先その他連絡先を変更した場合は、住所等変更届（様式第8号）により速や

かに知事に届け出るものとする。

(その他)

第8 この要領に定めるもののほか、岩手県農薬管理使用アドバイザー認定事業に関し必要な事項は別に定める。

(附則)

この要領は、平成16年11月17日から施行する。

この要領は、平成19年10月2日から施行する。

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

この要領は、平成23年8月2日から施行する。

この要領は、令和元年7月23日から施行する。

この要領は、令和4年7月29日から施行する。

この要領は、令和6年7月12日から施行する。

この要領は、令和7年7月30日から施行する。

この要領は、令和8年7月21日から施行する。

様式第1号（第2関係）

岩手県農薬管理使用アドバイザー養成研修受講申請書

年 月 日

岩手県知事

様

住 所

（ふりがな）

氏 名

生年月日

電話番号

メールアドレス

勤務先の名称及び住所、電話番号

職 業

岩手県農薬管理使用アドバイザー養成研修を受講したいので、申請します。

（A4）

様式第2号（第2関係）

岩手県農薬管理使用アドバイザー更新研修受講申請書

年 月 日

岩手県知事

様

住 所

氏 名

電話番号

メールアドレス

勤務先の名称及び住所、電話番号

職 業

岩手県農薬管理使用アドバイザー更新研修を受講したいので申請します。

記

認定番号：

(A4)

様式第3号（第4関係）

岩手県農薬管理使用アドバイザー試験免除願出書

年 月 日

岩手県知事

様

住 所
(ふりがな)
氏 名

岩手県農薬管理使用アドバイザー認定事業実施要綱第7の規定に基づき、認定証の写しを添えて標記の免除を願います。

(A4)

第	号	認 定 証	
		氏 名	
		生年月日	
岩手県農薬管理使用アドバイザー認定事業実施要綱に基づき岩手県農薬管理使用アドバイザーとして認定する。			
ただし、認定期間は		年4月1日から	
		年3月31日までとする。	
年	月	日	
岩手県知事			
氏	名	印	

（A4 枠線は入れないこと）

様式第5号（第5関係）

岩手県農薬管理使用アドバイザー認定証記載事項変更届

年 月 日

岩手県知事 様

住 所
氏 名

岩手県農薬管理使用アドバイザー認定証記載事項について下記のとおり変更しましたので、
認定証を添えて届け出ます。

記

認定番号：

変更内容： 氏名

（新）

（旧）

（A4）

様式第6号（第5関係）

岩手県農薬管理使用アドバイザー認定証再交付申請書

年 月 日

岩手県知事 様

住 所
氏 名

岩手県農薬管理使用アドバイザー認定証を滅失し、又は汚損したので、再交付を申請します。

記

認定番号：

(A4)

様式第7号（第6関係）

認定 年度	分類	認定 番号	氏名	住所	生年 月日	認定期間	勤務先	勤務先の所 在地

様式第8号（第7関係）

岩手県農薬管理使用アドバイザー住所等変更届

年 月 日

岩手県知事

様

住 所

氏 名

岩手県農薬管理使用アドバイザーの住所等について下記のとおり変更しましたので、届け出ます。

記

認定番号：

変更内容： 以下のとおり

（新）住 所：

電話番号：

メールアドレス：

勤務先の名称

勤務先の住所、電話番号：

職 業：

（旧）住 所：

電話番号：

メールアドレス：

勤務先の名称

勤務先の住所、電話番号：

職 業：

（A4）