

体 験 申 込 書

(ふりがな) 氏 名			年齢		性別	
住所	〒					
電話(携帯)			メール			
体験希望	市町村					
	作物					
	時期	(※土曜・日曜・祝日は要相談)				
将来、どんな農業が したいですか？	1. 農業で生計を立てたい(独立就農) 2. 農業法人で働きたい(雇用就農) 3. その他 ()					
現地までの交通手段						
関係機関への 情報提供の可否	可 ・ 否					
要望・質問など						

<申込者以外の体験者>

(ふりがな) 氏 名			年齢		性別	
住所	〒					
電話(携帯)			メール			
(ふりがな) 氏 名			年齢		性別	
住所	〒					
電話(携帯)			メール			

※ 申込みは、農業体験4週間前までにお願いします。

送付先 〒780-0850

高知市丸ノ内1-7-52 県庁西庁舎3F (一社)高知県農業会議

電話:088-824-8555 FAX:088-824-8593

E-mail: 39syuunousoudan@nca.or.jp