

## 体 験 申 込 書

(ふりがな) 氏 名			男 女	生年月日 年齢	年 月 日 歳
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	車 ・ JR ・ バス ・ 飛行機 ・ その他 ( )				
交通費補助	希望する ・ 希望しない				
要望・質問など					

## &lt;申込者以外の体験者&gt;

(ふりがな) 氏 名			男 女	生年月日 年齢	年 月 日 歳
住所	〒				
電話(携帯)			メール		
(ふりがな) 氏 名			男 女	生年月日 年齢	年 月 日 歳
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