

(様式 1)

推 薦 書

番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿
(西臼杵支庁長又は各農林振興局長経由)

市町村長

下記の者を令和 8 年度ブラジル国派遣研修事業に基づく派遣研修生として適格であると認め推薦いたします。

記

ふりがな 氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日生 (歳) 平成
現住所	〒 TEL () - FAX () -

(様式 2)

推 薦 理 由 書

推薦者氏名	被推薦者氏名
推薦理由	
研修後期待される活動	
所属する集団の活動状況（集団名）	
その他参考事項	
記載責任者	役職名：氏 名：
連絡責任者	担当課：担当者： 電 話：（ ）－

(様式 3)

意見書

番 号
年 月 日

宮崎県知事 殿

西臼杵支庁長
〇〇農林振興局長

令和 8 年度ブラジル国派遣研修生募集要領 2 (5) の規定により、以下のとおり意見書を提出します。

(西臼杵支庁長又は各農林振興局長の意見)

(様式4)

令和8年度ブラジル国派遣研修
申 込 書 及 び 同 意 書

宮崎県知事 殿

令和8年度ブラジル国派遣研修事業に参加を申し込みます。

令和 年 月 日

氏 名

現住所 〒

電話番号 () - FAX () -

上記の申込みに同意します。

令和 年 月 日

氏 名

本人との続柄

住 所 〒

宮崎県知事 殿

※親権者又は後見人の同意を得てください。

*研修期間中有効な旅券を持っている人は下欄に記入してください。

旅券番号	発給年月日	発給場所
------	-------	------

(様式 5)

履 歷 書

年 月 日現在

写真

- ① 4.5 cm × 3.5 cm
② 無帽
③ 上半身
④ 無背景

ふりがな	男 ・ 女 ・ （ ）
氏 名	
昭和 年 月 日生 （満 歳） 平成	

ふりがな			
現住所 〒			
電話番号 ()		FAX ()	
年	月	学歴 (学校名及び学部・学科名、卒業・終了)	
		職歴	従事期間
			年 か月
			年 か月
			年 か月
		資格	授与機関
		顕彰等	授与機関

(様式6)

農業経営の概要

年 月 日現在

経営主名	
経営主体	
経営の特色	
研修生の経営に占める位置	

家族及び同居者の状況

続柄	氏名	年齢	農業従事状況	備考

経営の概況

経営土地			家畜		農用施設		主要機械
種別	面積(a)	作物	種別				
山林							
その他							

(様式 7)

健康診断書

氏 名		男 ・ 女 ・ ()	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
住 所						
検査年月日 年 月 日						
身 長	. c m		既 往 歴	1. あり ()		
体 重	. k g			2. なし		
視 力	(右) ・ (・)		血 圧	最高 mmHg		
	(左) ・ (・)			最低 mmHg		
聴 力	(右) 1. 正常 2. .		検 尿	蛋 白 (－ ± ＋)		
	(左) 1. 正常 2. .			糖 (－ ± ＋)		
			ウロビリノーゲン (－ ± ＋)			
胸 部 X 線 所 見	間接No. _____ 1. 異常を認めず 2. 所見あり 直接No. _____					
その他の検査						
診 察 所 見	1. 異常を認めず 2. 所見あり					
総 合 所 見						
備 考						
年 月 日 (医 療 機 関 住 所) (医 療 機 関 名) (医 師 名)						

※別途健康診断を受診している場合は、当該健康診断における診断書（写）の提出も可とする（診断から6ヶ月以内であり、様式7の内容を満たしているものに限る。）。