

テールゲートリフターの操作に係る特別教育 実務経験証明

受講者名	生年月日
	昭和・平成 年 月 日
受講希望日	
年 月 日	～ 年 月 日

実務経験証明	
実務経験期間	年 月 ～ 年 月
場 所	
機械名（型式・型番）	
実務内容	(2024年1月31日以前に) 荷を積み卸す作業を伴うテールゲートリフターの操作の 6ヵ月以上の実務経験
上記の実務内容は既に実施したことを証明致します。	
年 月 日	事業所名
	代表者名 印

FAX：[092-408-7613]またはメール：[sh@axtu.org]で
ご提出ください

※受講日(受付時)にこちらの原本を必ずご提出ください



福岡労働局長登録教習機関
一般社団法人 労働安全衛生推進協会(安衛協)

TEL：092-408-7605