


巻上げ機運転 実技訓練証明

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

実技訓練証明			
日 時		(役職名)	()
場 所		講師名	
機械名 (型式・型番)			
訓練時間	巻上げ機運転実技訓練 4 時間以上実施		
上記の実技訓練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	会社印
※受講者名と同一は不可			

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