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（要6カ月以上）	年　　月　　～　　令和　6　年　1　月 上記期間内に6カ月以上の実務経験を有する
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
上記の実務経験を証明致します。	
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