

# フォークリフト特別教育修了及び運転業務経験証明書

安全衛生特別教育規定 第7条に基づき下記の通り、フォークリフト特別教育を実施したことを証明します。

## 1: 特別教育修了証明証

下記の者は弊社フォークリフト(荷重1t未満)の特別教育を修了したこと証明します。

(1)受講者氏名: \_\_\_\_\_ 受講者生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(2)講習実施場所 \_\_\_\_\_ 学科 \_\_\_\_\_ 実技 \_\_\_\_\_

(3)講習実施場所 \_\_\_\_\_ 学科: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 実技: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## (4) 担当講師

科目	講師名	フォークリフト運転技能講習修了証番号	取得機関名
学科			
実技			

※裏面に講師の技能修了証のコピーを貼り付け

## (5) 講習科目

	科目	時間	担当講師氏名
学 科	フォークリフトの走行に関する装置の構造及び取扱いの方法に関する知識	2	
	フォークリフトの荷役に関する装置の構造及び取扱いの方法に関する知識	2	
	フォークリフトの運転に必要な力学に関する知識	1	
	関係法令	1	
実 技	フォークリフトの走行の操作	4	
	フォークリフトの荷役の操作	2	

実技使用機材	メーカー名	
	型式	
	車番	
	最大荷重	t

実技で使用した積載荷重1t未満のフォークリフトの特定自主検査表のコピーを貼付

## 2: 運転業務経験証明

下記の者は、弊社においてフォークリフト(荷重1t未満)の運転業務経験を有することを証明します。

氏名		生年月日		S:H	年	月	日		
経験期間	S:H:R	年	月	日	~	S:H:R	年	月	日
教育場所									

上記1または2の内容について、相違ないことを証明いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所住所

事業所名

代表者

Ⓜ