フォークリフト(１t未満)特別教育修了証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講習実施日 | 学 科：　　　　年　　　月　　　日 | 実 技：　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 講習実施場所 | 学 科： | 実 技： |
| 担 当 講 師 | 学 科 | 講師氏名: | 実 技 | 講師氏名: |
| 特別教育修了証 | 修了証番号 |  | 交 付 場 所 |  |
| 使用テキスト | テキスト名： | テキスト発行所： |
| 使 用 車 両 | メーカー： | 機体重量：　　　　　　　　　　　Kg |
| 型　　式： | 機体番号： |

※講師のフォークリフト運転技能講習修了証のコピーを提出してください。

※実技で使用したフォークリフトの特定自主検査表のコピーを提出してください。

講師及びフォークリフトの運転の業務に係る特別教育の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 時間 | 担 当 講 師 名 |
| 学科 | 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時間 |  |
| 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時間 |  |
| 運転に必要な力学に関する知識 | 1時間 |  |
| 関係法令 | 1時間 |  |
| 実技 | 走行の操作 | 4時間 |  |
| 荷役の操作 | 2時間 |  |

受講者の氏名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属(部署・社名等) | 氏　　名 | 生 年 月 日 |
|  |  | 　　　年　　　月　　　日 |

ふたば産業機械講習所長　殿

以上、上記の通り特別教育を修了したことを証明いたします。

なお、事実と相違ある場合、受講取消しや取得した技能講習修了証の無効等が発生することを承知します。

令和　　　年　　　月　　　日

実施事業所等の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社印

実施事業所等の所在地：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

ふたば産業機械講習所

〒979-1525

福島県双葉郡浪江町大字高瀬字小高瀬廹198-3　　　TEL：0240-23-5990　FAX：0240-23-5991

※FAX送信の際、番号のお間違いにご注意ください。