

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
	形式：	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迫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。