

荷を積み卸す作業を伴うテールゲートリフターの操作経験事業主証明書

※免除ありコースを実務経験で受講する場合。

改正告示の施行時点において、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業務を6か月以上従事した経験を有する者。

業 務 経 験	受講者氏名	別紙名簿による
	業務経験期間	別紙名簿による
	上記の経験、及び記載事項に相違がないことを証明致します。	
	令和 年 月 日	
	住所：	
	事業者の名称	
	代表者氏名	代表者印
記載事項に虚偽等がある場合は受講後と言えども法律に基づく処罰があっても異議申し立ては致しません。		

経験証明 受講者名簿

業務経験期間	業務経験期間
氏名	氏名
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）
年 月 日～（ 年 ヶ月）	年 月 日～（ 年 ヶ月）

事業所名

代表者氏名

