

# フォークリフト事業主経験証明書

特別教育	特別教育修了年月日	特別教育修了後の運転業務経験	
フォークリフト運転（1t未満）	昭和・平成・令和	運転業務従事経験職種（ ）	
	年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月～ 年 月（ 年 ヶ月）
従事期間中使用機種の詳細 ※特定自主検査記録表を添付			
メーカー	型 式	最大荷重	所 有 者
		t	（事業者・レンタル・その他）
上記の通り相違ないことを証明致します。また記載内容に虚偽がある場合、 如何なる行政処分が生じても異議申し立て致しません。			
会社名		令和 年 月 日	
所在地		代表 者印	
事業者役職・氏名			