

# 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	特別教育終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 年 月 日	運転業務従事経験職種（ 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
		kg	（事業者・レンタル・その他）
上記の通り相違ないことを証明します。			
		年 月 日	
事業所名称			
事業所所在地			
事業者名		代表 者印	