

# 修 了 証 明 書

受講者氏名 \_\_\_\_\_

事業所内にてテールゲートリフターの操作方法の教育を実施したことを証明します

※講師の要件はございません

☐実技

テールゲートリフターの操作方法	2 時間
-----------------	------

年 月 日

事業所住所

事業所名

代表者名