

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