

玉掛けの補助作業の実務経験証明

受 講 者	フリガナ		⑩	生年月日	年 月 日
	氏名				
	現住所 (詳しく)	〒 - 都道府県			

実 務 経 験 に つ い て の 作 業 内 容	つり上げ荷重1トン以上のクレーン等について玉掛けの補助業務または1トン未満の揚貨装置の玉掛けの業務の経験6ヶ月以上の者		申し立て及び証明欄		
	(年 月より 年 月まで)		実務経験に係る作業内容に相違ありません。		
	上記作業において使用したクレーン等の種類(該当番号を○で囲むこと)		受 講 者 印		
	1. クレーン 2. 移動式クレーン 3. デリック 4. 揚貨装置		事 業 主 証 明 印		

勤 務 先	事業所名			代 表 者 職 氏 名	⑩
	所在地				
連絡担当部署課名		担当者名		電話番号	() -

年 月 日