

テールゲートリフターを使用して荷を積み卸す作業への特別教育が、  
令和6年2月1日より **義務化** されます。※特別教育未実施・未受講に対する罰則規則あり

# テールゲートリフター特別教育 出張講習のご案内

## 特別教育 内容

- |                        |       |
|------------------------|-------|
| ・テールゲートリフターに関する知識      | 1.5時間 |
| ・テールゲートリフターによる作業に関する知識 | 2 時間  |
| ・関係法令                  | 0.5時間 |
| ・実技（操作の方法）             | 2 時間  |

座学4時間 + 実技2時間 計6時間（1日）

・特別教育 受講料（1名） **¥16,500(税込)**

・5名以上でのご受講からご依頼を承ります。

※出張料込みの価格となります。

※4名以下の場合は別途ご相談ください。

※1開催の受講人数の上限は20名までとなります。

・講師養成講習 受講料 **¥33,000（税込）**

※自社内で特別教育を行うための講師を養成する講習です。

## 出張講習

- ・企業様へのお出張講習のみの取り扱いとなります。
- ・貴社会議室等、講話スペースをお借りして座学を行います。
- ・貴社社用車（テールゲートリフター付き車両）をお借りして実技を行います。
- ・お電話、FAX、Eメールでお申し込みください。  
貴社名・申し込みご担当者様氏名。  
受講人数・受講者氏名・受講者生年月日のご教示をお願い申し上げます。



 **マジオワークライセンススクール 津校**

安全教育センター E-mail : [ogaki-kosh@magionet.co.jp](mailto:ogaki-kosh@magionet.co.jp)

TEL : **0584-78-4107**

FAX : **0584-81-4665**

〒510-0886 三重県津市高茶屋小森町425

担当： 山口・杉岡



# 「テールゲートリフターの操作の業務」特別教育 受講申込書

マジオドライバースクール  
(株式会社マジオネット)

|  |
|--|
| 貴社名<br>_____<br>所在地<br>_____<br>〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 電話番号 (            )            -<br>_____<br>連絡ご担当者様 氏名<br>_____ |
| ※個人として受講申し込みされる場合は会社名、所在地等の記入の必要はありません。  |

|        |  |      |     |   |   |             |
|--------|--|------|-----|---|---|-------------|
| (ふりがな) |  |      |     |   |   |             |
| 受講者氏名  |  | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日生<br>(満 歳) |
| (ふりがな) |  |      |     |   |   |             |
| 受講者氏名  |  | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日生<br>(満 歳) |
| (ふりがな) |  |      |     |   |   |             |
| 受講者氏名  |  | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日生<br>(満 歳) |
| (ふりがな) |  |      |     |   |   |             |
| 受講者氏名  |  | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日生<br>(満 歳) |
| (ふりがな) |  |      |     |   |   |             |
| 受講者氏名  |  | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日生<br>(満 歳) |
| (ふりがな) |  |      |     |   |   |             |
| 受講者氏名  |  | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日生<br>(満 歳) |
| (ふりがな) |  |      |     |   |   |             |
| 受講者氏名  |  | 生年月日 | S・H | 年 | 月 | 日生<br>(満 歳) |

※枠が不足する場合、コピーしてお申し込みください。 FAX : 0584-81-4665

1. 太線内を記入して下さい。(黒のボールペン等で楷書で分かり易く記入して下さい。)鉛筆書き及び記入後コピーされた申込書は受け付けできません。誤記入箇所を訂正する場合は、二重線(=)で消し、訂正印を押印願います。
2. 受講当日に本人確認証明として自動車運転免許証を確認いたします。
3. 受講当日は実技作業に適した服装でご受講ください。(サンダル等を着用の場合は受講をお断りいたします)

(ご記入いただいた個人情報の利用について)  
 申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、本教育における特別教育実施記録を主にし、連絡や修了証発行、再発行業務手続の他、当校が実施する他サービスのご案内や各種情報提供のために利用いたします。