

令和5年7月4日

各 位

陸上貨物運送事業労働災害防止協会

愛 知 県 支 部

支 部 長 青 木 均



優良フォークリフト等運転者表彰の申請について

陸災防では、フォークリフト等の運転の安全と、労働災害防止活動の推進を図ることを目的として、フォークリフト等の運転者で、長年にわたり安全運転・安全作業に努め、他の模範となる作業員の表彰を行っておりますので、本年度申請についてご案内致します。

なお本年も、11月9日開催の「第59回全国陸上貨物運送事業労働災害防止大会」において表彰が行われることとなっております事を申し添えます。

※愛知県支部として表彰推薦の定員枠がありますので、申請者全員が授与されない場合がありますことをご了承願います

記

【表 彰 基 準】

- ① 陸災防愛知県支部の会員事業場に勤務し、フォークリフト等の運転者として10年以上同一事業場又は関係事業場に勤務し、勤務成績が優秀である者
- ② 安全関係法令を遵守し、フォークリフト等の安全運転及び安全作業に努めている者
(過去5年間に以内に登録教習機関において、フォークリフト運転業務従事者安全衛生教育を受講していること) 講習修了証のコピーを添付下さい
- ③ 過去5年間にわたり自己の責任に基づくフォークリフト等による事故を起こしていない者
- ④ 表彰申請は同一事業場から3名以内とします。

【提出先及びお問合せ】

〒470-0207

みよし市福谷町西ノ洞21-127

中部トラック総合研修センター防災支援棟 内

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 愛知県支部（陸災防 愛知県支部）

(0561)-56-6560

【締切日】 7月20日

推薦書は裏面にあります。

優良フォークリフト等運転者表彰推薦書

令和 年 月 日

ふりがな		役職名	
氏名		生年月日	昭平 年 月 日生 (歳)
所属事業場名		代表者の役職 及び氏名	
事業場の所在地 及び電話番号	〒	労働者数	
	() -	労働保険番号	
	担当者名 連絡先 () -		
技能講習修了年月日及び安全教育受講歴	フォークリフト等運転技能講習 ※技能講習修了証の写しを添付すること。 昭平 年 月 日 実施機関： (修了証番号 号) フォークリフト運転業務従事者安全教育 ※直近の受講歴を記入すること。 平令 年 月 日 実施機関：		
フォークリフト等運転業務に関する職務経歴	※フォークリフト等運転の業務経歴（トラック運転業務は含まない。）を記入すること。		
	昭平令 年 月 日 入社		
	昭平令 年 月 日 ～ 昭平令 年 月 日		
	<従事業務> _____		
	昭平令 年 月 日 ～ 昭平令 年 月 日		
	<従事業務> _____		
	昭平令 年 月 日 ～ 昭平令 年 月 日		
	<従事業務> _____		
	所属事業場におけるフォークリフト等運転業務従事年数 年 月		
	※所属事業場とは「同一事業場又は関係事業場」をいう。		
表彰規程該当 及び推薦事由	表彰規程第2条第1項該当 ※該当番号を○で囲むこと。		
	① 安全関係法令を遵守し、フォークリフト等の安全運転及び安全作業に努めている者		
	② 過去5年間にわたり、自己の責任に基づくフォークリフト等による事故を起こしていない者		
	③ その他、表彰するにふさわしい者		
	③の推薦理由（※具体的に記入すること。）		
	表彰規程第2条第2項該当の有無 → 有 ・ 無 （※○で囲むこと。）		
	フォークリフト荷役技能検定 級 平成 ・ 令和 年 月 日		
	フォークリフト運転競技大会 第 位 平成 ・ 令和 年 月 日		
* 事務局使用欄 推薦支部長名	⑧		