

各 事 業 場 殿
各 受 講 者 殿

陸上貨物運送事業労働災害防止協会
福 島 県 支 部

『テールゲートリフター特別教育(学科教育)講習』開催のご案内

労働安全衛生規則の一部を改正する省令(令和 5 年厚生労働省令第 33 号)及び安全衛生特別教育規程の一部を改正する件(令和 5 年厚生労働省告示第 104 号)が令和 5 年 3 月 28 日に公布され、貨物自動車に設置されているテールゲートリフターを使用して荷を積み卸す作業におけるテールゲートリフターの操作業務が、労働安全衛生法第 59 条第 3 項に基づく特別教育の対象となり、令和 6 年 2 月 1 日施行日以降は、下記のカリキュラムによる特別教育(義務化)を受けた者でなければ、テールゲートリフターを使用した荷役作業を行うことができなくなります。

つきましては、陸災防福島県支部では、講習科目のうち「学科教育講習」を下記の日程にて講習会を開催いたしますので、受講されますようご案内申し上げます。

- 記
1. 開催時間 13:00～17:30 (いずれの講習も同じ時間)
2. 開催場所・日程 福島県トラック協会 各会場(申込状況に応じ、講習会を追加致します。)

開催場所		開催日		定員
県本部	福島市飯坂町平野字若狭小屋 32 (TEL:024-558-9011)	10月16日	11月13日	各100名
県中支部	郡山市喜久田町卸三丁目5 (TEL:024-963-0780)	10月18日 11月17日	10月31日	各100名
会津支部	会津若松市町北町大字始字見島 80-2 (TEL:0242-24-4855)	10月6日	11月22日	各60名
相双支部	相馬市赤木字松ヶ澤 144-7 (TEL:0244-37-3070)	10月11日	10月25日	各42名
いわき支部	いわき市小名浜島字館下 19-1 (TEL:0246-58-8223)	10月13日	10月20日	各64名

3. 対象者 テールゲートリフターを直接操作する者及びテールゲートリフターに備え付けられた荷のキャストストップ等
- の操作、昇降板の展開・格納など、テールゲートリフターを使用する者を含む。
4. 講習科目と時間 (厚生労働省告示第 104 号 令和 5 年 3 月 28 日：安全衛生特別教育規程第 7 条の 4)

	科 目	講習時間
学科教育	テールゲートリフターに関する知識	1.5H
	テールゲートリフターによる作業に関する知識	2.0H
	関係法令	0.5H
実技教育	テールゲートリフターの操作の方法	2.0H 以上
※ 実技教育は、所属事業場にて実施願います。		

5. 申込方法
- (1) 受講申込は事前に電話で予約を行って下さい。但し、予約だけでは受講できません。
- 「受講申込書」の提出(FAX 可)と「受講料」をお支払い頂いて正式申込となります。
- (2) 「受講申込書」に必要事項を記入し、FAX 又は当協会までご持参ください。
- (3) 申込期間は、10月の講習は9月1日～受講日の10日前、11月の講習は10月1日～
- 受講日の10日前、但し、各会場定員に達し次第締切ります。

6. 申込先
- 陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福島県支部 (略称：陸災防/陸運労災防止協会)
- TEL：024-558-9011 FAX：024-559-1161
- 〒960-0231 福島市飯坂町平野字若狭小屋 32

7. 受講料
- | | |
|-----|----------------------|
| 会 員 | 8,800 円(テキスト代、消費税込) |
| 非会員 | 11,000 円(テキスト代、消費税込) |

- (1) 受講料は、受講日の 10 日前迄に事務局窓口支払い、現金書留、銀行振込により納入して下さい。
- (銀行振り込みの際の振込手数料は受講者側負担でお願いします。)
- (2) 振込先：福島信用金庫本店 普通預金 0168943
- 名義「陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福島県支部」
8. その他
- (1) 本講習修了者には、「学科教育受講証明証」を交付いたします。
- (2) キャンセルは、講習日の 10 日前迄可能ですが、それ以降は受講料の返金はできません。
- 受付後の受講者の変更は、講習日の 5 日前まで可能ですが、変更は 1 回迄とします。
- ※ 会場の都合及び事変等により変更又は中止する場合があります。

テールゲートリフター特別教育(学科教育)講習 受講申込書

【申込み先 FAX：024-559-1161】

受講希望 会場		受講希望日	月 日	事前に電話で予約を入れてから、 送付してください。	
※ 受講 番号	※ 受講証明証番号	フリガナ 氏 名		生年月日	※ 備 考
				昭和 平成 年 月 日	
				昭和 平成 年 月 日	
				昭和 平成 年 月 日	
				昭和 平成 年 月 日	
				昭和 平成 年 月 日	
				平成 昭和 年 月 日	
				平成 昭和 年 月 日	
				平成 昭和 年 月 日	
				平成 昭和 年 月 日	
				平成 昭和 年 月 日	
				平成 昭和 年 月 日	

年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福島県支部(福島県トラック協会)			
会 員		非会員	

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。

事業場名

代表者名
(役職名)

〔担当者： 〕

所在地 〒 -

連絡先

TEL

FAX

- (注) 1. ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。
 2. 当該様式の書式は変更しないで下さい。
 3. ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために利用いたします。