修　了　証　明　書

受講者氏名

事業所内にてフルハーネスの教育を実施したことを証明します

■実技

|  |  |
| --- | --- |
| 墜落制止用器具の使用方法 | 1.5時間 |

年　月　日

事業所住所

事業所名

代表者名