

修了証明書

受講者氏名

事業所内にてアーク溶接の教育を実施したことを証明します

※講師の要件はございません

□実技

アーク溶接装置の取り扱い及び	10 時間
アーク溶接等の作業の方法	

年 月 日

事業所住所

事業所名

代表者名