

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