

修了証明書

受講者氏名

事業所内にて携帯用丸のこ盤の正しい取扱い方法の
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

携帯用丸のこ盤の正しい取扱い方法	30分
------------------	-----

年 月 日

事業所住所

事業所名

代表者名