

「総合工事業者のためのリスクアセスメント研修」受講証明願

令和 年 月 日

建設業労働災害防止協会 福岡県支部 殿

申請者

所在地：

事業場名：

代表者役職・氏名：

㊟

1. 当事業場所属の次の労働者が、貴支部実施の「総合工事業者のためのリスクアセスメント研修」を受講していますが、その旨証明願います。

No.	労働者氏名	生年月日	修了証交付年月日	修了証番号
1				
2				
3				
4				

2. 証明書提出先

証 明 書

証（総リ）建災防 第 号

上記証明事項について、当支部「講習管理システム基本情報」に照らして相違ないことを証明致します。

証明年月日 令和 年 月 日

証明者

建設業労働災害防止協会 福岡県支部 ㊟

(証明書有効期間：証明日から1年間)