**「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**

平成　　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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　　平成　　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）