

様式第10号(第70条関係)

労働災害防止業務従事者講習修了証			
第	号		
		(ふりがな) 氏 名	年 月 日 生
		住 所	
あなたは、労働安全衛生法第99条の2第1項の講習(		)を修了したことを証します。	
	年 月 日		
	指定労働災害防止業務従事者講習機関	代表者 氏 名	㊟

[備考]

様式中( )内には、都道府県労働局長から指示を受けた講習の別を記入すること。