

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
	印

[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。