

様式第10号(第70条関係)

第		号		労働災害防止業務従事者講習修了証			
				(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。