

一人親方等の作業に係る業務に従事した経験の証明

講 習 名	フルハーネス型安全带 使用作業特別教育（省略1.5時間）
受 講 者 氏 名	

申込時点で、高さ2メートル以上の箇所であって作業床を設けることが困難なところにおいて、フルハーネスを用いて行う作業に6ヶ月以上従事していることを証明します。

1	事 業 場 名	※個人の場合は住所を記入すること。 TEL ()
	役 職 名 氏 名 ・ 押 印	ⓐ
2	事 業 場 名	※個人の場合は住所を記入すること。 TEL ()
	役 職 名 氏 名 ・ 押 印	ⓐ