

作業従事経験証明書

フルハーネス特別教育の受講を希望する方は、該当事項を確認し、下欄の「事業主証明」が必要となります。

住 所		
ふりがな		生 年 月 日
氏 名		昭和 年 月 日 平成
受講区分（該当する番号を○で囲んでください。）		
1	高さ2 m以上の箇所で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型の安全帯を用いて行う作業に6か月従事した経験を有する者。	
2	高さ2 m以上の箇所で作業床を設けることが困難なところにおいて胴ベルト型の安全帯を用いて行う作業に6か月従事した経験を有する者	
証 明 欄 （ 事 業 主 証 明 ）		
上記のとおり相違ないことを証明します。		
		年 月 日
所在地 事業所名 事業者氏名		印