

令和5年1月24日

会 員 各 位

陸上貨物運送事業労働災害防止協会

支部長 青 木



## 「安全衛生管理体制及び労働災害等の実態調査」について

謹啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素は、当支部の運営について格別のご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、標記につきまして調査票を令和4年12月末現在で作成頂き、令和5年2月28日(火) **3月10日(金)**までにご提出頂きますようお願い致します。

本調査の目的は、各社の安全衛生管理体制や労働災害の発生状況、健康診断の実施状況等について把握し、今後の支部活動の参考にするとともに、安全衛生表彰の選考の参考資料等にするため毎年実施させて頂いておりますので、趣旨をご理解頂きご対応頂きますようよろしくお願い申し上げます。

敬具

### 【提出及びお問合せ先】

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 愛知県支部

(略称：陸災防 愛知県支部)

〒470-0207 みよし市福谷町西ノ洞21番127

中部トラック総合研修センター 防災支援棟 内

TEL (0561) 56-6560

FAX (0561) 56-6561

本案内は、郵便法（昭和22年法律第165号）の親書に該当するとの指摘を受けたため、1月の定期発送で会員の皆様へお届けすることが出来なくなりました。

お手数をお掛け致しますが、ご協力の程宜しくお願い致します。

# 安全衛生管理体制及び労働災害等の実態調査票



(1) 事業所名及び所在地など						
事業所名						
所在地 〒 _____						
労働保険番号 ( _____ )		従業員数 ( _____ ) 人		県内の事業所数 _____ 事業所		
愛知県トラック協会 所属支部 _____		支部 _____				
(2) 安全衛生管理体制						
1) 安全委員会	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	委員数 ( _____ )	人	
衛生委員会	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	委員数 ( _____ )	人	
または安全衛生委員会	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	委員数 ( _____ )	人	
2) 統括安全衛生管理者	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____		
3) 安全管理者	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____		
4) 衛生管理者	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____		
5) 安全衛生推進者	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____		
6) 作業主任者	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____		
7) 作業指揮者	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____		
8) 自主安全活動の実施	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有			
(3) 労働災害発生状況						
区 分		年 別	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
死亡災害						
休業災害	不 休 災 害					
	休 業 3 日 以 下					
	休 業 4 日 以 上					
年間・全従業員の総労働時間数						
災害度数率 (100万時間当たり件数)						
災害度数率の計算 (発生件数 ÷ 総労働時間数) × 1,000,000						
(4) 定期健康診断の実施状況						
区 分		年 別	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
一般従業員	従 業 員 数					
	受 診 者 数					
	受 診 率					
年2回受診を規程された従業員 (深夜作業を含む業務従事者※)	従 業 員 数					
	1 回 の み の 受 診 者 数					
	2 回 受 診 済 み の 受 診 者 数					
	2 回 受 診 し た 者 の 受 診 率					
※深夜作業を含む業務従事者は、労働安全衛生規則により年2回の健康診断の受診が必要です。						
(記入担当者)						
氏 名 _____		TEL ( _____ ) _____				