

令和7年2月25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』並びに  
『事業場概要調査』の実施依頼について

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、厚く御礼申し上げます。

さて、本調査は会員事業場の状況について把握し、支部活動の参考にするために、毎年提出をお願いしております。

また、昨年提出頂いている事業場や従業員数等に変更のない事業場におかれましてもご提出頂きますようお願いいたしますと共に、ご提出のない場合は、過去のデータで年会費を算定させて頂くこととなりますのでご承知の程宜しくお願い致します。

時節柄、ご多用とは存じますがご協力の程重ねてお願い致します。

敬白

記

調査票	目 的	作成日	提出期限
①安全衛生管理体制及び労働災害等の実態調査	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使用します。	令和7年3月末 現在で作成してください	令和7年4月末日 までにお送りください。
②事業場概要調査	事業場の状況について把握し、支部活動の参考にするとともに、年会費の算定に正確を期すため等に使用します。	令和7年4月1日 現在で作成してください	

【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番地127

中部トラック総合研修センター2F

TEL (0561) 56-6560

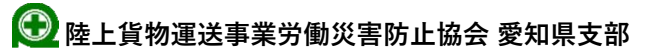
FAX (0561) 56-6561

『調査票』は、別紙をご利用頂くか、HPよりダウンロードしてご記入して下さい。(Excel形式もあります)

HP内の場所

〔愛知県トラック協会〕 > 〔陸災防〕 ■目次 重要なお知らせ > 〔実態調査及び事業場概要調査〕の実施について


## ② 事業場概要調査票



<b>(1) 事業所名（会社名）及び所在地など</b>		
事業所名		
所在地 〒	—	
代表者名		
従業員数（愛知県内）※	人	
愛知県トラック協会 所属支部	支部	
<p>※従業員数は、事務職や作業職を含めた全従業員で常時使用している労働者数を記入してください。                  （パートタイマー、日雇い、契約社員、派遣社員等の従業員数も含まれます。）</p> <p>但し、貨物自動車運送事業以外を営んでいる場合は、その部門の従業員数は除いてください。（その際は、総務・経理等の事務職の人数は按分してください。）</p>		
<b>(2) 愛知県内の事業所（営業所）について</b>		
愛知県内について記入してください。なお、従業員数の合計については（1）の従業員数と一致させてください。		
事業場名 (営業所名)	所在地	従業員数
		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人
		人
不足する際はコピーして記入してください。		
(調査票記入担当者)		
氏 名	TEL ( )	—

## ② 事業場概要調査票

記入例

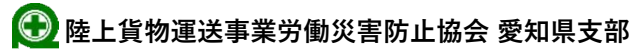
 陸上貨物運送事業労働災害防止協会 愛知県支部

(1) 事業所名（会社名）及び所在地など		
事業所名	〇〇運輸株式会社	
所在地	〒 400 - 0000 みよし市福谷町×××1-111	
代表者名	三好 太郎	
従業員数（愛知県内）※	48 人	
愛知県トラック協会 所属支部	△△ 支部	
<p>※従業員数は、事務職や作業職を含めた全従業員で常時使用している労働者数を記入してください。 （パートタイマー、日雇い、契約社員、派遣社員等の従業員数も含まれます。）</p> <p>但し、貨物自動車運送事業以外を営んでいる場合は、その部門の従業員数は除いてください。（その際は、総務・経理等の事務職の人数は按分してください。）</p>		
(2) 愛知県内の事業所（営業所）について		
愛知県内について記入してください。なお、従業員数の合計については（1）の従業員数と一致させてください。		
事業場名 (営業所名など)	所在地	従業員数
本社営業所	みよし市福谷町×××1-111	38 人
豊橋営業所	豊橋市★★町2-222	10 人
		人
		人
		人
		人
		人
		人
不足する際はコピーして記入してください。		
(調査票記入担当者)		
氏 名	愛知 花子	
TEL	( 0561 ) 〇〇 - 〇〇××	

令和7年4月1日現在で作成してください。

送付先：FAX (0561) 56-6561

# ① 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（会社名）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	

以下は事業場（本社や営業所など）ごとにご記入ください。

事業場名（営業所名など）		人
--------------	--	---

(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 <small>（はい作業主任者など）</small>	<input type="checkbox"/>	無	・	<input type="checkbox"/>	有			
7) 作業指揮者 <small>（車両系荷役運搬機械等作業指揮者など）</small>	<input type="checkbox"/>	無	・	<input type="checkbox"/>	有			
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6年度	
死亡災害 ①			/
休業災害	不 休 災 害 ②		
	休 業 3 日 以 下 ③		
	休 業 4 日 以 上 ④		
年間・全従業員（営業所）の総労働時間数 ⑤			
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①+②+③+④÷総労働時間数⑤）×1,000,000			

(4) 定期健康診断の実施状況			
区 分	年 別	令和6年度	
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。

(調査票記入担当者)			
氏 名	TEL	（	）
			—

事業場名（営業所名など）		人		
<b>(2) 安全衛生管理体制</b>				
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 <small>(はい作業主任者など)</small>	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	
7) 作業指揮者 <small>(車両系荷役運搬機械等作業指揮者など)</small>	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	
8) 自主安全活動の実施	<input type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	
<b>(3) 労働災害発生状況</b>				
区 分	年 別	令和6年度		
死亡災害 ①				
休業災害	不 休 災 害 ②			
	休 業 3 日 以 下 ③			
	休 業 4 日 以 上 ④			
年間・全従業員（営業所）の総労働時間数 ⑤				
災害度数率（100万時間当たり件数）				
災害度数率の計算 $(\text{発生件数①} + \text{②} + \text{③} + \text{④}) \div \text{総労働時間数⑤} \times 1,000,000$				
<b>(4) 定期健康診断の実施状況</b>				
区 分	年 別	令和6年度		
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。				
(調査票記入担当者)				
氏 名		TEL (      )	—	

事業場（営業所）が複数あり、用紙が不足する際は2枚目をコピーしてご記入ください。

# ① 安全衛生管理体制及び労働災害等の実態調査記入例

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 愛知県支部

**(1) 事業所名と事業場（会社名と営業所名）及び所在地など**

事業所名 ○○運輸株式会社 本社営業所  
 所在地 〒 400 - 0000  
 みよし市福谷町×××1-111  
 労働保険番号 ( 23100000000-000 ) 従業員数 48 人 県内の事業所数 2 事業所  
 愛知県トラック協会 所属支部 △△ 支部

常時使用する労働者の数（パートタイマー、日雇い、契約社員、派遣社員含む）

以下は事業場（本社や営業所など）ごとにご記入ください。

事業場名（営業所名など）	本社営業所	38 人
--------------	-------	------

**(2) 安全衛生管理体制**

1) 安全委員会  有 委員数 ( ) 人  
 衛生委員会  有 委員数 ( ) 人  
 または安全衛生委員会  無 ・  有 委員数 ( 38 ) 人  
 2) 統括安全衛生管理者  無 ・  有 氏 名 \_\_\_\_\_  
 3) 安全管理者  無 ・  有 氏 名 \_\_\_\_\_  
 4) 衛生管理者  無 ・  有 氏 名 \_\_\_\_\_  
 5) 安全衛生推進者  無 ・  有 氏 名 名古屋 次郎  
 6) 作業主任者 (はい作業主任者など)  無 ・  有  
 7) 作業指揮者 (車両系荷役運搬機械等作業指揮者など)  無 ・  有  
 8) 自主安全活動の実施  無 ・  有

常時使用する労働者の数が100人以上の場合は必要です

常時使用する労働者の数が10人以上50人以下の場合は必要です

**(3) 労働災害発生状況**

区分	年 別	令和6年度
死亡災害 ①		0
休業災害	不 休 災 害 ②	3
	休 業 3 日 以 下 ③	1
	休 業 4 日 以 上 ④	0
年間・全従業員（営業所）の総労働時間数 ⑤		40,500
災害度数率（100万時間当たり件数）		98.8

災害度数率の計算 (発生件数①+②+③+④) ÷ 総労働時間数⑤ × 1,000,000

**(4) 定期健康診断の実施状況**

区分	年 別	令和6年度
一般従業員	従 業 員 数	20
	受 診 者 数	20
	受 診 率	100.0%
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	18
	1 回 の み の 受 診 者 数	0
	2 回 受 診 済 み の 受 診 者 数	18
	2 回 受 診 し た 者 の 受 診 率	100.0%

※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。

(調査票記入担当者)

氏 名 愛知 花子 TEL ( 0561 ) 00 - 00××

事業場名（営業所名など）	豊橋営業所	10	人	
<b>(2) 安全衛生管理体制</b>				
1) 安全委員会	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	委員数 ( ) 人
衛生委員会	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有	委員数 ( 10 ) 人
2) 統括安全衛生管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____
3) 安全管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____
4) 衛生管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	氏 名 _____
5) 安全衛生推進者	<input type="checkbox"/> 無	・	<input checked="" type="checkbox"/> 有	氏 名 豊川 三郎
6) 作業主任者 <small>（はい作業主任者など）</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 無	・	<input type="checkbox"/> 有	
7) 作業指揮者 <small>（車両系荷役運搬機械等作業指揮者など）</small>	<input type="checkbox"/> 無	・	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
8) 自主安全活動の実施	<input type="checkbox"/> 無	・	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
<b>(3) 労働災害発生状況</b>				
区 分	年 別	令和 6 年度		
死亡災害 ①		0		
休業災害	不 休 災 害 ②	0		
	休 業 3 日 以 下 ③	0		
	休 業 4 日 以 上 ④	0		
年間・全従業員（営業所）の総労働時間数 ⑤		6,500		
災害度数率（100万時間当たり件数）		0.0		
災害度数率の計算（発生件数①+②+③+④÷総労働時間数⑤）×1,000,000				
<b>(4) 定期健康診断の実施状況</b>				
区 分	年 別	令和 6 年度		
一般従業員	従 業 員 数	3		
	受 診 者 数	3		
	受 診 率	100.0%		
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	7		
	1 回 の み の 受 診 者 数	0		
	2 回 受 診 済 み の 受 診 者 数	7		
	2 回 受 診 し た 者 の 受 診 率	100.0%		
※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。				
(調査票記入担当者)				
氏 名	愛知 花子	TEL ( 0561 )	00 - 00XX	

事業場（営業所）が複数あり、用紙が不足する際は 2 枚目をコピーしてご記入ください。