

第 種小企業無災害記録表彰申請書

陸上貨物運送事業労働災害防止協会会長 殿
(愛知県支部長経由)

下記のとおり、小企業無災害記録表彰を申請します。

令和 8 年 月 日

事業場名 ¹					
代表者名	印				
事業場の所在地	〒 電話番号				
事業の種類					
所轄監督署名			労働保険番号		
無災害記録起算日	年	月	日	起算日現在の 労働者数	人
無災害記録樹立日	年	月	日	樹立日現在の 労働者数	人
表彰記録	無災害記録	過去の無災害記録樹立日		過去の受賞年月日	
	第 1 種 (3 年)	年 月 日		年 月 日	
	第 2 種 (5 年)	年 月 日		年 月 日	
	第 3 種 (7 年)	年 月 日		年 月 日	
	第 4 種 (10 年)	年 月 日		年 月 日	
労働者数	第 1 種無災害記録 樹立日現在	人		第 3 種無災害記録 樹立日現在	人
	第 2 種無災害記録 樹立日現在	人		第 4 種無災害記録 樹立日現在	人

上記の無災害記録を樹立したことを確認します。

令和 年 月 日

愛知県支部
支部長

印

¹ 事業場名欄には事業場の正式の名称(支店、営業所名を含む。)を正しく記入すること。