令和　　年　　月　　日

福 島 労 働 局 長　殿

事業場名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

安全衛生改善計画書の提出について

令和　　年　　月　　日付けで安全衛生改善計画作成指示がありました下記事項については、別添のとおり提出いたします。

記

１　改善措置を講ずべき事項

２　連絡責任者職氏名

　　　　　　　　　　職氏名

電話番号

意　　　見　　　書

令和　　年　　月　　日付け福島労働局長作成指示に基づく「安全衛生改善計画」について、従業員としての意見は下記のとおりです。

記

令和　　年　　月　　日

労働組合代表又は

従業員代表

職　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

職氏名

事業者

殿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業場名 |  | 所 在 地 | 〒(TEL　　　　　　　　　　　　　) | 職 氏 名代 表 者 |  |
| 業　　種 |  | 等事業内容主要製品 |   |
| 資 本 金 |  | 主要設備 |  |
| 労 働 者 数 | 男 | 女 | 左のうち年少者（18才未満の者） | 計 | 過去の死傷者数（休業１日以上） | 令和46年度 | 令和5年度 |
|  |  | 男 | 女 |  |  |  |
|  |  |
| 令和6年度災害発生件　数　等 | 労働者数(6年度末) | 令和6年度延労働時　　間 | 死　　傷　　者　　数 | 死傷度数率 | 延休業日数 | 損失日数 | 死傷強度率 | 労働不能件数 |
| 死亡 | 永久全労　働不　能 | 永久一部労働不　能 | 休　業４　日以　上 | 休　業１日～３日 | 計 |
| 級　件級　件級　件 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設の現況 | 　１．敷　地　　　　　２．建　物　　　　3.設備等　　　　　４．危険な設備、機械及び有害職場 |
| 安全衛生管理体制 |  | 労働災害発生状況の分析と問題点及び発生原因 |
|  |
| 施設についての安全衛生上の問題点 | 安全衛生教育についての問題点 | 安全衛生管理体制についての問題点 |
|  |  |  |
| 令和7年度における労働災害減少目標と改善計画 |  |

令和7年度 安全管理実施計画（その１）

様式１

※　本書は、３部作成し、所轄労働基準監督署宛２部提出して下さい。（５月３０日まで提出のこと。）

令和7年度　安全衛生改善計画（その２）

様式２

事業場名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 安全衛生改善計画指示事項区　　　分 | 施設に関する事項 | 安全衛生教育に関する事項 | 安全衛生管理体制に関する事項 |
| 改善計画の具体的実施事項 |  |  |  |
| 改善計画事項ごとに、それが労働災害防止に寄与し得る理由 |  |  |  |
| 改善計画事項ごとに資金を必要とする場合は、その事項ごとの資金計画 |  |  |  |
| 改善計画事項ごとに完了予定年月日 |  |  |  |
| 改善計画の実施に際し、問題となる事項その他参考事項 |  |  |  |
| 労働安全・衛生コンサルタント、安全・衛生管理士等の 診 断 指 導 の 有 無 | 有　　　・　　　無 |

※１．記入欄が小さい場合は、別紙のとおりとし、別紙に記入の上添付すること。

※２．本書は、３部作成し、５月３０日まで２部提出して下さい。

月　　別　　実　　施　　計　　画　　書

様式３

事業場名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分月別 | 施設に関する事項 | 安全衛生教育に関する事項 | 安全衛生管理体制に関する事項 | そ　　の　　他 |
| ４　月 |  |  |  |  |
| ５　月 |  |  |  |  |
| ６　月 |  |  |  |  |
| ７　月 |  |  |  |  |
| ８　月 |  |  |  |  |
| ９　月 |  |  |  |  |
| 10　月 |  |  |  |  |
| 11　月 |  |  |  |  |
| 12　月 |  |  |  |  |
| １　月 |  |  |  |  |
| ２　月 |  |  |  |  |
| ３　月 |  |  |  |  |

※　本書は、３部作成し、５月３０日まで２部提出して下さい

様式４

労働安全コンサルタントの意見

（労働安全コンサルタントの意見を聴いた場合は添付すること。）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

令和　　年　　月　　日

労働安全・衛生コンサルタント氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式５

安全管理特別指導事業場月報（　　月分）

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　業　　場　　名 | 担　当　者　職　氏　名　　　（電話番号） |
|  | （　　　　　　　　　　　） |
| 安全管理計画事項 | 施設に関する事項 | 安全衛生教育に関する事項 | 安全衛生管理体制に関する事項 | そ　　の　　他 |
|  |  |  |  |
| 実施内容 |  |  |  |  |
| 実施結果に対する評価 |  |  |  |  |
| 計画とおり出来なかった場合、その理由 |  |  |  |  |
| 月末労働者数 | 延実労働時間数 | 労働不能の 程 度区　　分 | 死亡 | 永久全労働 不 能 | 永久一部労働不能 | 休業４日以上 | 休業１日～３日 | 計 | 不休災害 | 備考 |
|  | 当月 |  |
| 累計 |  |
| 操業日数 | 度数率 | 強度率 | 発生件数 | 当月 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累計 |  |  |  |  |  |  |  |
| 当月 |  |  |  | 休業延日数 | 当月 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累計 |  |  |  |
| 累計 |  | 損失日数 | 当月 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累計 |  |  |  |  |  |  |  |
| 永久一部労働不能障害等級 | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 計 |
| 発生件数(不休災害を除く) | 当月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 累計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

令和　　年　　月　　日

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

労働基準監督署長　殿

※１　本書は、当月分を翌月の10日までに１部提出して下さい。ただし、４月分は５月３０日までに提出して下さい。

※２　度数率、強度率は累計で計算して下さい。