

## 建設事業無災害表彰内規に基づく報告

事業場関係	事業場名							
	工事の名称							
	工事現場所在地							
労働保険等	労働保険番号							
	請負金額				円			
	労災保険料額	概算・確定			円			
工事関係	着工年月日	着工日：平成      年      月      日						
	竣工年月日	竣工日：平成      年      月      日						
	延労働者数	人						
	延労働時間数	時間						
	工事の概要							
表彰状を授与されたときの連絡先		担当部署・電話番号・氏名						
<p>群馬労働局長      殿 (所轄署経由)</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり相違ないので申請します。</p> <p style="text-align: right;">平成      年      月      日</p> <p>事業場名</p> <p>事業場の所在地</p> <p>事業者職氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>								
<h3 style="margin: 0;">確 認 書</h3> <p>上記工事においては、着工より竣工までの間死亡災害、休業災害<sup>(注1)</sup>及び身体障害を伴う業務上の災害が発生していないことを確認しました。</p> <p style="text-align: right;">平成      年      月      日</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;">                 労働者代表                  (下記(注2)を参照し、該当するものにチェックを入れてください。)             </td> <td style="width: 60%; vertical-align: top;">                 所属会社名                  所属会社所在地                  職 氏 名             </td> <td style="width: 20%; vertical-align: middle; text-align: right;">                 (注2)                  労働者代表欄は直筆で記入してください。                  (印)             </td> </tr> </table>						労働者代表 (下記(注2)を参照し、該当するものにチェックを入れてください。)	所属会社名 所属会社所在地 職 氏 名	(注2) 労働者代表欄は直筆で記入してください。 (印)
労働者代表 (下記(注2)を参照し、該当するものにチェックを入れてください。)	所属会社名 所属会社所在地 職 氏 名	(注2) 労働者代表欄は直筆で記入してください。 (印)						
<small>※</small> <small>職員記入欄</small>	徴定台帳検索	<small>※</small>	給付状況確認	<small>※</small>	労働者死傷病報告確認	<small>※</small>		

(注1)「休業災害」は、災害発生日の翌日以降において、その災害が原因で1日以上休業したものとすること。

(注2)労働者代表には、次のいずれかの者があること。

(1)次に掲げる請負事業者の当該現場における職長等(労働基準法第36条に基づく協定の当事者を含む。以下同じ。)

- イ)当該現場において労働者数が最も多かった下請負事業者
- ロ)工事期間中最も長期間にわたって当該現場で作業を行った下請負事業者
- ハ)請負金額が最も多かった下請負事業者
- ニ)躯体工事を請け負った下請負事業者
- ホ)その他当該現場の下請負事業者を代表するにふさわしいもの

(2)工事現場における職長会等の代表者(請負事業者の代表を除く、以下(3)において同じ。)

(3)災害防止協議会の請負事業者である幹事等