

整理番号 号

自主点検票
(事前に記入し、当日ご持参ください)

業種 (業務内容)									
事業場名									
所在地 (本社所在地)									
電話番号									
代表者職氏名									
担当者職氏名									
労働者数	労働者数	合計	内訳(複数の就業形態に該当する場合はそれぞれの人数に計上。)						
	男 人	人	パート	有期契約労働者	年少者	外国人	障害者	派遣	
	女 人		人	人	人	人	人	人	
法人全体		人	資本金		円				
安全衛生管理者 等選任状況	選任しているものに○と人数を記入してください				(労働者50人未満の場合)				
	1. 総括安全衛生管理者	(人)					
	2. 安全管理者	(人)	安全推進者		(人)
	3. 衛生管理者	(人)	衛生推進者		(人)
	4. 産業医	(人)					
委員会の 実施状況	・月1回の委員会の開催 (有 ・ 無) ・有の場合、委員会での協議事項 ()								
定期健康診断	実施の有無 (有 ・ 無)								
特殊健康診断	対象の種類 (有機溶剤 ・ 特定化学物質 ・ 電離放射線 ・ 粉じん ・ その他)								
	実施の有無 (有 ・ 無)								
ストレスチェック	実施の有無 (有 ・ 無)								
時間外・休日 労働時間数	過去1年間で、最も時間外・休日労働が多い労働者の業務内容、理由及び時間数		業務内容 ()						
			理由 ()						
		(月分)	時間外・休日労働時間 :			時間	分		