

## 使用者報告書

仙台労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

事業場名称

事業場所在地

代表者氏名

担当者部署

氏名

連絡先

被災労働者「 」について下記のとおり報告します。

## 1 事業の概要等について

## (1) 事業の概要

## (2) 労働者数

被災労働者所属事業場 人

## 2 症状について

症状出現日 令和 年 月 日

出現した症状

## 3 PCR検査の実施結果

第1回検査日(令和 年 月 日) 陽性 ・ 陰性

第2回検査日(令和 年 月 日) 陽性 ・ 陰性

第3回検査日(令和 年 月 日) 陽性 ・ 陰性

第4回検査日(令和 年 月 日) 陽性 ・ 陰性

## 4 被災労働者について

## (1) 職種・業務内容・所属(配属)

( 2 ) 発症前 14 日間で勤務した日数

症状が出現した日（症状が出現していない場合、陽性となった P C R 検査実施日）を起点とし、その前 14 日間の勤務日数を回答ください。なお、該当期間のタイムカード等の勤怠記録を添付することでも構いません。

14 日中 ( ) 日

( 3 ) 発症前 14 日間の業務における新型コロナウイルス感染者との接触の有無

[ 有 ・ 無 ]

有の場合、感染者に接触した状況（接触した日、人数、場所、濃厚接触に該当するか等）

同時に労災請求を行っている労働者と同様の状況であれば、「と同じ」等と記載していただいても構いません。

5 被災労働者の業務以外のことについて（把握している範囲でご回答ください）

( 1 ) 家族の新型コロナウイルス感染者の有無

[ 有 ・ 無 ]

有の場合、感染した家族の続柄、同居・別居の状況、症状の出現時期（被災労働者と感染した家族の症状の出現時期の先後）、P C R 検査の実施日、発症前 14 日間の家族との接触状況

( 2 ) その他特記事項

6 使用者として本件発症に関する意見

事業場内での感染と考えるか [ はい ・ いいえ ]

意見（同時に労災請求を行っている労働者と同じであれば、「と同じ」等と記載していただいても構いません。）