様式１-2

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
①症状出現日　　令和　　年　　月　　日
②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７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ＰＣＲ検査実施日）を起点とし、その前７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。

７日中　　（　　）日

（３）発症前７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）、ＰＣＲ検査の実施日、発症前７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。）