

使用者報告書

古川労働基準監督署長 殿

令和 年 月 日

事業場所在地

事業場名称

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

医療業 ・ 社会保険・社会福祉・介護事業 ・ その他()

(2) 被災労働者の所属事業場、所属部署の概要（所属の事業場、部、課、係、所在地など）

〔 〕

(3) 労働者数

① 被災労働者所属事業場 人

② 被災労働者所属部署 人

2 PCR検査の実施結果について

検査日	結果	どこで	検査キット種類
第1回目	陽性 ・ 陰性	医療機関・自宅・職場・無料検査機関	医療用・研究用
第2回目	陽性 ・ 陰性	医療機関・自宅・職場・無料検査機関	医療用・研究用
第3回目	陽性 ・ 陰性	医療機関・自宅・職場・無料検査機関	医療用・研究用
第4回目	陽性 ・ 陰性	医療機関・自宅・職場・無料検査機関	医療用・研究用

3 被災労働者について

(1) 保健所等の調査による新型コロナウイルス感染症の感染経路特定の有無

〔 有 ・ 無 〕

①有の場合、その内容、感染場所、状況、時期など

②感染経路の調査をした機関（ _____保健所・その他（ _____ ））

(2) 発症前7日間の業務内容

[]

(3) 発症前7日間において、業務で新型コロナウイルス感染症に感染した可能性の有無

[有 ・ 無]

有りの場合、感染する可能性がある業務内容、従事した期間、感染者に接触した状況（頻度、人数、時間、場所、距離等）

[]

4 労働環境について

(1) 顧客や利用者等との近接や接触の機会が多い労働環境[該当 ・ 非該当]

該当の場合、顧客や利用者等と近接や接触する業務の内容、近接や接触の状況（頻度、人数、時間、場所、距離等）

[]

(2) 発症前7日間における被災労働者以外の新型コロナウイルス感染者の有無

(職場において被災労働者以外にも、他の労働者や施設利用者等に感染者がいた場合、有と回答ください。)

[有 ・ 無]

→有の場合、感染した労働者、利用者等の数、発症時期、感染者との接触の状況（頻度、時間、場所、距離等）

[]

5 被災労働者の家族の状況、業務以外のことについて（把握している範囲で御回答ください。）

家族の新型コロナウイルス感染者の有無 [有 ・ 無]

→有の場合、感染者の家族の続柄、同居・別居の状況

[]

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]

→上記回答の理由について

[]

資料一覧（可能な限り下記の書類を提出してください）

1. 会社組織図
2. 所属事業場組織図
3. 所属部署組織図(被災労働者の上司、部下、同僚等が分かるもの、実名をお願いします)
4. 被災労働者の勤務時間の記録(出勤簿、タイムカード等)
5. 被災労働者の賃金台帳（休業補償給付の請求を行う場合のみ）
6. その他本件発症に関して参考となるものがあればその資料（社内での感染経路調査等）

※ 上記資料については、特別な期間の指定があるものを除き、労働者の新型コロナウイルス発症前7日間の状況について確認するものですので、同期間の状況が分かるものをお願いいたします。

休業（補償）給付の請求を行う場合（今後、請求を行う見込みの場合も含む）、資料4、5については、発症直前の賃金締切日から遡った3か月分及び休業補償給付請求期間分を提出ください。

なお、調査状況により、資料の追加をお願いする場合がございます。

※ 提出資料はコピーで構いませんので、なるべくA4サイズで御提出ください。