令和　　年　　月　　日

静岡労働局長　殿

事業場名

所在地

労働組合又は労働者代表職氏名

厚生労働省　第　　種　無災害記録樹立に係る確認書

　標記については、　　年　　月　　日に　　　　時間の第　　種無災害記録の樹立について、事業者より説明があり、死亡災害、休業災害及び身体障害を伴う業務上の災害の発生がなく、無災害記録を達成したことを確認いたしました。

※上記は例文であり、内容については適宜記載してください。