確　認　書

令和　　年　　月　　日

工事名称：

工事所在地：

工事期間：　　　自　（平成・令和）　　年　　月　　日

至　（平成・令和）　　年　　月　　日

労働保険番号：

　上記工事において、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、全工期無災害を達成したことを確認しました。

事業場名

所在地

電話番号

労働者代表

静岡労働局長　　殿

※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。