

様式 1

# 労働災害動向調査 (事業所調査票 平成21年)

秘

厚生労働省

総務省承認 No 2 7 3 0 2  
承認期限 平成23年3月31日まで

この調査票は、統計以外の目的に使用することはありませんので、事実をありのままに記入してください。

事業所の名称 御 中

所在地

府県 <sup>1</sup>	一連番号 <sup>2</sup>	産業分類 <sup>3</sup>	事業所規模

主な生産品の名称 又は 事業の内容		
記入担当者	所属部課名 電話番号 (FAX番号) 氏名	( - - ) ( - - )

調査票の記入に当たっては、別添の「調査票記入要領」をご参照ください。

事業所の名称、所在地に変更がありましたら赤字で訂正をお願いします。  
○ 記入は黒のボールペンまたは黒インクをお願いします。

### 1. 企業全体(貴事業所を含めた企業全体)の全常用労働者数(12月末日現在)

(該当する番号を○で囲んでください。)

5,000人以上	1,000～4,999人	300～999人	100～299人	30～99人	10～29人
1	2	3	4	5	6

※ 調査期間は平成21年1月1日から12月31日です。  
(給与締切日で記入する場合には前年の12月の給与締切日の翌日から本年の12月の給与締切日までの1年間について記入してください。)

問「2」以降については、貴事業所のみについて記入してください。

### 2. 貴事業所の全労働者数及び常用労働者数(12月末日現在)

事業所の全労働者数	千	人
うち常用労働者数	千	人

○ 問い合わせ先

厚生労働省大臣官房統計情報部  
賃金福祉統計課安全衛生第二係  
電話：03-5253-1111(内線)7661,7660  
受付時間9:30～18:00(12:00～13:00を除く)

### 3. 調査期間中(1～12月※)の全労働者の延べ実労働時間数

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
記入者確認欄											
合計(1～12月※)											
全労働者の延べ実労働時間数											

### 4. 労働災害の発生状況(1月～12月※)

#### (1) 労働災害による労働不能程度別死傷者数及び延べ休業日数

労働不能程度 項目	①死亡	②永久全労働不能(1～3級)	③永久一部労働不能(4～14級)	一時労働不能 (休業日数は、所定休日も含めた暦日数を記入してください。)			⑦合計
				④休業8日以上	⑤休業4～7日	⑥休業1～3日	
死傷者数	人	人	人	人	人	人	人
延べ休業日数	日	日	日	日	日	日	日

#### (2) 永久一部労働不能(上記③)の身体障害等級内別別負傷者数

身体障害等級別負傷者数	4級	5級	6級	7級	8級	9級	10級	11級	12級	13級	14級	合計
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

#### (3) 不休災害被災労働者数

不休災害被災労働者数	人
うち永久一部労働不能負傷者数	人

ご協力ありがとうございました。記入していただきました調査票は、平成22年1月20日までに同封の返信用封筒に封入のうえ、「厚生労働省大臣官房統計情報部賃金福祉統計課」あてへ提出してください。