

様式 1

労働災害動向調査 (事業所調査票 平成20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、所在地

見 御 中

府県 ¹ 一連番号 ² 産業分類 ³

主な 生産品の名称 又は 事業の内容			
記入 担当 者	所属課名 電 話 番 号 (F A X 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でお願いします。

1. 企業全体(真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20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

問「2」以降については、真事業所のみについて記入してください。

2. 真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	5
うち常用労働者数	千	人	6

○ 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

3. 調査期間中(1~12月※)の全労働者の延べ実労働時間数

記入者確認欄											
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

合計(1~12月※)	千	時間	7
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	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
	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)	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	8	9	10	11	14 12	15 13	16

(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
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

(3) 不休災害被災労働者数

不休災害被災労働者数	人	28
うち永久一部 労働不能負傷者数	人	29

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21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。