

労働災害動向調査



乙調査票 (平成19年)

厚生労働省

総務省承認 No 26049
承認期限 平成20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

御 中

府県 ¹	一連番号 ²	産業分類 ³	
-----------------	-------------------	-------------------	--

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

調査票の記入に当たっては、別添の「調査票記入要領」でよく確かめのうえご記入ください。

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		人	5
うち常用労働者数		人	6

3. 調査期間(1~12月※)の全労働者の延実労働時間数

1月 時間	2月 時間	3月 時間	4月 時間	5月 時間	6月 時間	7月 時間	8月 時間	9月 時間	10月 時間	11月 時間	12月 時間	記入者確認欄	
合計(1~12月※)													千

4. 労働災害の発生状況(平成19年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休業日数

項目	労働不能程度			一時労働不能 (休業日数は、所定休日も含めた歴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負傷者数

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

*

ご協力ありがとうございました。調査票は平成20年1月31日までに下記の宛先に提出してください。