

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

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>
-----------------	-------------------	-------------------

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 ( 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(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月の給与締切日

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

### 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											
千 時間											

### 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	8	9	10	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	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。