

中央労働災害防止協会

〇〇部長・センター所長 殿

事業場の名称

代表者役職・氏名 印

中小規模事業場安全衛生サポート事業 個別支援申込書

別紙の実施事項等確認書に同意のうえ、標記事業による安全衛生に関する個別支援を下記のとおり申し込みます。

記

事業場所在地	〒	業種	労働者数 (事業場単位) 人
担当者職氏名	E-mail		
担当者の連絡先	TEL:	FAX:	
実施希望日	平成 年 月 (上旬・中旬・下旬) 頃 (具体的な希望日がある場合 月 日 午前・午後)		
事業の概要			
安全衛生活動において、困っていること又は今後取り組みたい事項			

※ 当協会の担当者等が貴事業場を訪問し、現場確認等をさせていただいた結果については、後日、「現場確認結果報告書」を作成し、安全衛生管理に関するアドバイスをを行います。その後、①貴事業場のその後の取組状況等についてお伺いし、アドバイスをを行う、②教育・講演等を行うなどのフォローアップ支援(各1回・合計2回まで)を受けることができます。

フォローアップ支援を希望する場合には、次の□にレ印を入れ、次の事項についてご記入ください。

標記事業による安全衛生に関するフォローアップ支援を次のとおり申し込みます

フォローアップ支援を希望する事項	(希望する番号に○をつけてください。1及び2の両方の支援も可能です。) 1 現場確認結果報告書に係るアドバイス等を希望 2 安全衛生教育、講話、KY指導等を希望 ご希望のテーマ等があれば、お書きください。 ()
------------------	--

情報セキュリティー管理について

中災防は、本事業で得られた個人及び事業場情報を適切に管理し、事業の効率的な運営のためにのみ使用します。当該事業場の許可なく第三者へ提供することはありません。

なお、中災防としては、本事業のご利用を契機に、安全衛生活動に役立つ情報やサービスのご案内をしたいと考えておりますが、不要の場合は右の□にレ印を入れてください。 不要

中小規模事業場安全衛生サポート事業 実施事項等確認書(個別支援用)

1 実施事項

この事業では、中央労働災害防止協会(以下、「中災防」という。)が貴事業場に安全衛生に関する専門職員(以下、「専門職員」という。)を派遣するなどして、次の①～④の安全衛生活動支援を無償で行います。

- ① 現場確認: 専門職員等が事業場を訪問し、現場確認とヒアリングを行って、貴事業場の安全衛生管理状況に関する現状把握を行います。(2時間程度)
- ② 現場確認結果報告: 現場確認の結果報告書を作成し、貴事業場の安全衛生管理に関するアドバイスをを行います。
- ③ フォローアップ支援: 現場確認の状況を踏まえ、現場確認結果報告書の内容に係るアドバイス等や特定の安全衛生に係る事項(作業環境改善や機械設備の安全化の支援、特定テーマの講演・研修など)等について、必要に応じ無償のフォローアップ支援をお勧めします。フォローアップ支援を申し込まれた場合は、担当する専門職員等が事業場を訪問し、特定の安全衛生に係る事項について、専門家の視点から希望された支援を実施します。
- ④ アンケートへの回答: 個別支援終了後(フォローアップ支援まで行う場合はフォローアップ支援終了後)、支援結果についてアンケートにご協力いただきます。
- ⑤ フォローアップ支援から概ね2～3ヶ月後に、専門職員等が支援の結果に基づく取り組み状況や、新たに発生した安全衛生の問題などについてお伺いする場合があります。

2 ご確認事項

- (1) 上記①～⑤の実施事項は、貴事業場が自主的に安全衛生活動の推進を継続できるよう、その手法等についてアドバイスを行うものです。専門職員が、貴事業場の安全衛生活動の推進を直接担うものではありません。
- (2) 上記①の現場確認は、専門職員がアドバイスに必要な情報を得るために、貴事業場の安全衛生管理の状況を確認させていただくものです。
- (3) 本事業は、中災防が厚生労働省の補助事業を活用して実施するもので、実施結果等を包括的にとりまとめて厚生労働省に報告いたします。ただし、貴事業場の現場確認により得られた個別情報については、行政機関を含め第三者に一切公開いたしません。