ゼロ災運動関連研修のご案内

KYT1日研修会（出張型）

多くの事業場にＫＹＴトレーナー研修会（２日間）コースに参加いただいておりますが、もっと幅広く多くの社員にＫＹＴを広めて欲しいとのご意見をいただいております。

当協会では、ＫＹＴの推進及び事業場でのマンネリ化を防止し、安全衛生レベルを向上させることを目的に、事業場に出向いてＫＹＴ１日研修会を開催することとしております。ぜひ、貴社の安全衛生活動にお役立てください。

※講師が、事業場に出向いて開催します。
※日程、参加人数等はご相談ください。
※研修修了者には修了証を発行します。

◆ 対　象

第一線作業者、新入社員、ＫＹＴ手法を再確認したいスタッフ等

◆ カリキュラム概要（参考）

実技①…指差し呼称
実技②…健康問いかけＫＹ
実技③…危険のとらえ方と表現の仕方
実技④…ＫＹＴ基礎４Ｒ法
実技⑤…自問自答カード一人ＫＹＴ

講習　**9:00～17:00**（受付開始8:30～）

◆ 受講料（2025年4月1日以降　1人あたり･税込）

会員：**17,820円**　※お見積りなどについては、お気軽にご相談ください。

一般：**19,800円**　※会員とは中央労働災害防止協会賛助会員事業場のことです。

修了証が必要ない場合の料金はお問い合わせください。

ゼロ災でいこうヨシ！

◆ 実施までの流れ

日程調整申込み
①受講人数の確定
②名簿の作成
↓
研修実施
↓
修了証請求書発行

◆ 申 込 書

2枚目様式にご記入の上お申し込みください。

◆ 問合せ･申込み先

九州安全衛生サービスセンター
TEL:092-437-1664
FAX:092-437-1669
Mail:kyushu@jisha.or.jp

主催／中央労働災害防止協会　九州安全衛生サービスセンター
TEL　092-437-1664　　FAX　092-437-1669

安全衛生指導申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

中央労働災害防止協会　殿

（担当部署）責任者職・氏名：　（所属）
（役職）
（氏名）

1．実施事業場の概要

事業場名					
所在地	〒				
代表者職・氏名					
業種（記号）					
事業の内容					
労働者数		1.1～9人　2..10～49人　3..50～99人 4.100～299人　5.　300～	賛助会員 （番号を記入）		1.会員　2.一般 会員№.（　　）

2．依頼の内容

種類 （該当する番号を記入）		1.安全衛生診断　2.安全衛生教育　3.講演　4.その他　（　　）		
対象者（職種、役職、人数） ※人数：2教育、3講演の場合記入	職種	役職	対面人数	オンライン人数
テーマ				
希望日時	令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分	～	令和　年　月　日（　）　時　分～　時　分	

3．実施場所

実施場所		1．実施事業場　2．実施事業場の所在地と異なる所
会場名		
所在地	〒	

4．連絡担当者

事業場名			
所属部課・役職		氏名	
Eメールアドレス			
所在地	〒		
TEL	（　直・内線　）	FAX	

5．請求先（上記4の連絡担当者と異なる場合は、記入してください）

事業場名			
所属部課・役職		氏名	
送付先	〒		

6．中小規模事業場安全衛生活動支援事業による割引制度の利用　※KYT1日研修会ではご利用できません。

割引制度の利用	□ 割引制度の利用を希望する場合は、□にチェックを記入し、次の①又は②に従ってください。
（対象事業場の要件の確認方法について）	① 初めて割引制度を利用される場合：直近の「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書（事業主控え）」（労働基準監督署の受付印が入っているもの）の写しを申込書に添付してご提出ください。 ② 2回目以降も割引制度を利用される場合：貴事業場の労働保険番号を以下の欄にご記入いただくか、もしくは上記①と同じく直近の「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書（事業主控え）」（受付印入り）の写しを申込書に添付してご提出ください。 ※ 労働保険番号

（注1）ご記入頂いた個人情報につきましては、当協会が責任を持って保管し、本支援サービス等の的確な実施（連絡、運営、後日の問い合わせ対応等）のみに利用させていただきます。

改：令和6年3月13日

アクセス情報

ご依頼の事業場または会場に伺うまでの公共交通機関の最寄り駅（バス停）、道順、目印、会館（ビル）名等をご記入ください。

[最寄り駅] ＿＿＿＿＿＿＿＿ 線 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 駅 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 口

→[最寄り駅から バス利用の場合]

バス会社 ＿＿＿＿＿＿＿＿

行き先 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 行き

下車停留所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

下車徒歩 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 分

→[最寄り駅から 徒歩の場合]

＿＿＿＿＿＿＿＿ 分

→[最寄り駅から タクシー利用の場合]

＿＿＿＿＿＿＿＿ 分

地図情報（URL）	

個人情報の取り扱いについて

ご記入いただきました個人情報につきましては、当協会が責任を持って管理し、申し込みいただいた安全衛生指導の実施のために使用するほか、当協会が行う以下の情報提供等の送付先として使用させていただくことがあります。つきましては、以下のような情報提供等に個人情報を利用することに関しまして、同意していただけない場合は、下記に設けました記入欄の□にチェックマーク（レ点）をお願いします。

①当協会の「事業案内」、「各種セミナー・講習会」、「出版する図書・用品等」、「労働安全衛生に関するコンクールへの応募勧奨」、「会員加入」のご案内

②当協会のサービス向上のためのご意見の聴取（アンケート）

③行政機関または当協会が作成した労働安全衛生に関する制度改正の周知のためのパンフレット等（無償配布のものに限る）の送付

④その他公益的な観点からの情報の提供 □

安全衛生診断に係る確認書

「安全衛生診断」をお申し込みの事業場様へ

本確認書は、貴事業場における労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）に関する取組み状況について確認させていただくものです。

次の枠内に記述された2つの内容で該当する□にレ印、記名のうえ、安全衛生指導申込書と一緒にご提出ください。いずれかに該当することが、安全衛生診断の申込要件となります。

□ 当事業場は、現在、OSHMSの導入予定はありません、またはOSHMSを導入、運用※1していません。

□ 当事業場は、直近でOSHMSの導入予定があります、または
既にOSHMSを運用していますが、中災防 安全衛生マネジメントシステム審査センター（審査センター）の第三者認証の認証審査に申請※2しません。

事業場名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

令和 年 月 日 役職 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）上記に該当しない事業場（審査センターのISO45001/JIS Q 45100認証、又はJISHA方式適格OSHMS認証を取得している）は、安全衛生診断を利用することはできません。

※1 「OSHMSの導入、運用」とは、第三者認証の取得の有無に関わらず、次の基準・規格等の導入を予定している、または実施・運用していることを意味します。

① 厚生労働省 労働安全衛生マネジメントシステム指針 ② JISHA方式適格OSHMS基準
③ COSHMS ④ ISO45001/JIS Q 45100 ⑤ OHSAS18001
⑥ その他①～⑤に類するOSHMS基準（業界ガイドラインなど）

※2 認証審査に申請すると、今回、安全衛生診断をご利用になった場合、一定期間、審査センターの第三者認証に申請、受審することができません。

【本確認書を求める理由】

中災防の審査センターは、2017年よりマネジメントシステム認証機関としてISO45001 / JIS Q 45100 の認証事業を開始し、わが国の労働災害の減少に役立つ、公平・公正な認証活動を進めております。

本確認書は、中災防の安全衛生診断を希望する事業場様が、安全衛生診断をOSHMSの確立、実施などのために活用し、その直後に審査センター(03-3452-3674)の第三者認証を受審されることのないよう、事前に確認させていただくものです。

ご理解、ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。なお、ご不明な点がございましたら技術支援部安全衛生管理支援課(03-3452-6376)までお問い合わせください。

安全衛生指導申込書　記入要領

「安全衛生指導申込書」のご記入に当たりましては、下記の点にご留意くださいますようお願いいたします。

記

★ 申込日
　申込みをされる日をご記入ください。
★ （担当部署）責任者職・氏名
　申込みを担当された部署等の責任者職氏名のご記入ください。

1 実施事業場の概要

① 事業場名
　サービスを受けられる事業場の名称（企業名含む。）をご記入ください。
② 所在地
　サービスを受けられる事業場の住所をご記入ください。
③ 代表者職・氏名
　サービスを受けられる事業場の代表者の役職及び氏名をご記入ください。
　押印をお願いします。
④ 業種
　サービスを受けられる事業場の業種を別添の業種一覧より選択し、ご記入ください。

⑤ 事業の内容
　サービスを受けわれる事業場の主な事業内容をご記入ください。
⑥ 労働者数
　サービスを受けられる事業場の労働者数について該当する番号をご記入ください。
⑦ 賛助会員
　サービスを受けられる事業場が、中災防の賛助会員（事業場単位）に入会されているか否か、該当する番号をご記入ください。会員の場合は会員番号をご記入ください。

2 依頼の内容

① 種類
　ご希望のサービスの番号をご記入ください。
　※安全衛生診断をご希望の場合は、安全衛生診断に係る確認書に必要事項をご記入ください。
② 対象者（職種・役職・人数）
　①で希望したサービスにおける対象者の職種、役職、教育や講演の場合は、対面による受講人数、オンライン人数をご記入ください。オンライン等を利用して実施することを希望される場合は、オンライン等による教育等実施に係る同意書をご提出ください。
③ テーマ
　①で希望したサービスにおけるテーマ等をご記入ください。
④ 希望日時
　サービスの希望実施年月日（2日以上の場合は、最終日の年月日を）及び時間をご記入ください。

3 実施場所

① 実施場所
　サービスを実施する場所が、実施事業場又は実施事業場の所在地と異なるか、どちらかに〇印をお付けください。
② 会場名
　①で実施場所が実施事業場の所在地と異なる場合は、その会場の名称をご記入ください。
③ 所在地
　①で実施場所が実施事業場の所在地と異なる場合は、その会場の所在地をご記入ください。
④ アクセス情報
　①の実施場所までの公共交通機関の最寄り駅とそこからのルート、地図情報のURLをご記入ください。

4 連絡担当者

　本件に関する連絡担当者の事業場名、所属部課・役職、氏名、Eメールアドレス及び連絡先をご記入ください。

5 請求先

　本件に関するご請求書の送付先が上記4の連絡担当者と異なる場合には、こちらのご記入ください。

別添　　業種一覧

業種コード	業種名
A	農林漁業
B	鉱業
C	建設業
D	製造業（食料品等）
E	製造業（D以外の消費関連（繊維、医療等））
F	製造業（化学・石油・プラスチック・ゴム）
G	製造業（鉄鋼）
H	製造業（F、G以外の素材関連（非鉄金属、金属製品等））
I	製造業（機械関連）
J	電気・ガス・熱供給・水道業
K	運搬・通信業
L	卸・小売業・飲食店・宿泊業
M	金融・保険、不動産業
N	医療、福祉
O	教育、学習支援
P	洗濯・理美容・浴場
Q	廃棄物処理
R	自動車整備、機械等修理
S	その他のサービス業（建物サービス、警備、派遣等）
T	他のサービス業