

安全衛生管理支援サービス・出張研修申込書 記入要領

「安全衛生管理支援サービス・出張研修申込書」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及び捺印をお願いいたします。

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(実施事業場)の名称をご記入ください。

② 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。

③ 業種

別添の業種の中から該当のものをお選びいただき、ご記入ください。

④ 事業の内容

サービスを受けられる事業場の主な事業内容をご記入ください。

⑤ OSHMS導入状況

労働安全衛生マネジメントシステムの導入状況をご記入してください。

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、いずれかにレ印をお付けください。

⑧ 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。

⑨ 会場名(会場住所)

⑧の実施事業場の所在地と異なる場合は、その会場の名称と住所をご記入ください。

⑩ 案内図

⑧又は⑨までの公共交通機関の最寄り駅とそこからのルートについて作成してください。

2 依頼の内容

① 種類

ご希望のサービスにレ印をお付けください。

② 対象(者・人数)

①で希望したサービスにおける対象者・人数をご記入ください。

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。ただし、リスクアセスメント又はシステム監査・内部監査のオリジナル研修については、それぞれ別紙1又は別紙2にご記入の上添付してください。

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)及び時間をご記入ください。

なお、安全衛生管理支援サービスは、内容により日数、時間等が異なりますので、別途相談調整事項となりますが、現時点でのご希望をご記入ください。

3 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。

4 請求先

本件に関するご請求書の送付先が上記3の連絡担当者と異なる場合には、こちらにご記入ください。

5 中小規模事業場安全衛生活動支援事業による割引サービスの利用

- ① 割引サービスについて
中災防は、中小規模事業場を対象として、自主的な安全衛生活動を支援するために中災防の実施する研修・セミナー、安全衛生技術サービスをより一層利用いただくために、平成23年度から、利用料金を割引するサービスを実施することとしました。
- ② 対象事業場の要件について(次のいずれの要件も満たしていること)
 - 常時使用する労働者の数が300人未満の事業場であること
 - 労働者災害補償保険の適用事業場であること
- ③ 申込みに際して
割引サービスの利用を希望する場合は、□欄にチェックを入れてください。その上で、次のいずれかに従ってください。
 - 初めて割引サービスを利用する場合:
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あるもの)の写しを申込書に添付してご提出ください。
 - 2回目以降も割引サービスを利用する場合:
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、もしくは上記と同じく労働保険申告書の写しを申込書に添付してご提出ください。
- ④ 割引サービスを利用した後について
後日、実施効果等を確認するためのアンケート調査にご協力いただくことがあります。
- ⑤ 不正または虚偽
割引サービスの利用において、不正または虚偽が判明した場合は、事業場への割引料金の適用を取り消し、正規料金を請求します。
- ⑥ 割引の対象となるサービスについて
中央労働災害防止協会HPに掲載している料金表をご覧ください。
<http://www.jisha.or.jp/chusho/discount.html>
(中央労働災害防止協会 割引サービスのご案内ページが開きます)

6 注意事項

- ★ 料金は、いずれも税込み価格です。
- ★ 時間外・休日等は、時間帯により30～50%割増料金になります。
- ★ 研修などにおける、TV中継、録画・録音については、ご遠慮いただいています。
ただし、講演の場合については、中継先ごとに10%を料金に加算することで、実施できます。
- ★ 実施日から起算して7日前から実施日前々日までの取消しは、料金の30%です。
実施日前日以降の取消しは、料金の100%です。
申込みを取り消すことにより発生した旅費の払戻し手数料、宿泊費のキャンセル料についてはその実費です。

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

受付番号:

安全衛生管理支援サービス・出張研修申込書

申込日: _____

中央労働災害防止協会 殿

(担当部署)責任者職・氏名: _____ ⑧

1. 実施事業場の概要

事業場名			
代表者職・氏名			
業種			
事業の内容			
OSHMS導入状況	(労働安全衛生マネジメントシステムの導入状況を記入してください) ☐ 運用中、構築中 ☐ 導入予定 ☐ 予定無し、不明 いずれかにレ印		
労働者数	名	賛助会員	☐ 会員 ☐ 一般 いずれかにレ印
所在地	〒		会場(実施事業場)までの「案内図」を作成してください
会場名(会場住所)	会場が実施事業場の所在地と異なる場合、記入してください		
	〒		

2. 依頼の内容

種類	①安全衛生管理支援サービス等 ☐ 安全衛生管理支援サービス ☐ マネジメントシステム達成度評価サービス ②出張研修(オリジナル研修) ☐ OSHMS ☐ リスクアセスメント ※1 ☐ 内部監査 or システム監査 ※2 ☐ ISO45001 ③出張研修(公募型研修:修了証付) ☐ 公募型研修:研修名() ④教育・指導等に係る講演(講師派遣) ☐ 講演
(該当希望のものにレ印をお付けください)	
対象(者・人数)	
テーマ	(※1 リスクアセスメント、※2 システム監査・内部監査については、別紙1、2に別途記入してください)
希望日時	年 月 日 () 時 分 ~ 年 月 日 () 時 分

3. 連絡担当者

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

4. 請求先(上記3の連絡担当者と異なる場合は、記入してください)

所属部課・役職		氏名	
送付先	〒		

5. 中小規模事業場安全衛生活動支援事業による割引サービスの利用

割引サービスの利用	割引サービスの利用を希望する場合は、右 ☐ にレ印をいれてください。 ☐
(対象事業場※3の要件の確認について)	割引サービスの利用を希望する場合は、次の①または②に従ってください。 ① 初めて割引サービスを利用する場合: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のあるもの)の写しを申込書に添付してご提出ください。 ② 2回目以降も割引サービスを利用する場合: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と同じく労働保険申告書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。

(注2) ※1、※2はそれぞれ別紙1、別紙2の事前確認書に記入し添付してください。

(注3) ※3の対象事業場は、次のいずれかの要件も満たしている事業場です。

① 常時使用する労働者の数が300人未満の事業場であること

② 労災保険の適用事業場であること

(注4) 押印した原紙は、送付してください。

案 内 図

ご記入にあたって

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)名等を分かりやすく、地図等でご記入ください。

[最寄り駅] _____ 線 _____ 駅 _____ 口

→[最寄り駅から バス利用の場合]

→[最寄り駅から 徒歩の場合]

バス会社名 _____

_____ 分

行き先 _____

下車停留所名 _____

→[最寄り駅から タクシー利用の場合]

下車徒歩 _____ 分

_____ 分

出張研修（オリジナル研修・リスクアセスメント）の事前確認書

事業場名： _____

「リスクアセスメントに係るオリジナル研修」の実施に当たり、ご依頼の内容を確認するため、下欄へご記入いただき、申込書に添付してください。

1. リスクアセスメントの取組状況及びその問題点 (できるだけ詳しくご記入ください。)	
2. 研修会のねらい (該当する項目に○印を付けて、必要事項を記入してください。)	リスクアセスメントの ① 導入(仕組みづくり) ② 定着・手法の徹底 ③ 効果の向上 ④ その他 ()
3. 対象者及び人数 (予定する受講者に○印を付け、受講予定の人数を記入してください。)	① 幹部クラス _____ 名 ② 管理者クラス _____ 名 ③ 監督者クラス _____ 名 ④ 安全衛生スタッフ _____ 名 ⑤ その他 () _____ 名
4. リスクアセスメントに係る文書・記録 (次の文書、記録類で整備されている文書の有無について○印を付けてください。) (注)	(1) マニュアル、手順・要領書等の文書 ① リスクアセスメント実施手順書 (有 ・ 無) ② リスク見積り基準・リスク評価基準 (有 ・ 無) (2) 記録類(既に実施している場合、例として数件) ③ (1)に基づくリスクアセスメント実施結果記録 (有 ・ 無)
5. OSHMSに関する認証等 (該当する項目に○印を付けてください。)	① JISHA方式適格OSHMS認定取得 ② OHSAS18001認証取得 ③ 特に取得なし
6. その他 (ご希望等がございましたら、記入してください。)	

(注)有とした文書、記録類について研修講師の参考として、ご提出をお願いすることがあります。

出張研修（オリジナル研修・システム監査・内部監査）の事前確認書

事業場名： _____

「システム監査・内部監査に係るオリジナル研修」の実施に当たり、ご依頼の内容を確認するため、下欄へご記入いただき、申込書に添付してください。

1. 労働安全衛生マネジメントシステムにおけるシステム監査の取組状況及びその問題点 (できるだけ詳しくご記入ください。)	労働安全衛生マネジメントシステム： 平成 年 月 導入済(予定)・未導入
2. 研修会のねらい (該当する項目に○印を付けて、必要事項を記入してください。)	システム監査の ① 導 入 (平成 年 月 予定) ② 監査者養成 (平成 年 月 導入) ③ その他 ()
3. 対象者及び人数 (予定する受講者に○印を付け、受講予定の人数を記入してください。)	① 幹部クラス _____ 名 ② 管理者監督者クラス _____ 名 ③ 安全衛生スタッフ _____ 名 ④ 監査(候補)者 _____ 名 ⑤ その他 () _____ 名
4. 労働安全衛生マネジメントシステムに係る文書・記録 (次の文書、記録類で整備されている文書の有無について○印を付けてください。) (注)	(1) マニュアル、手順・要領書等の文書(作成している場合) ① 安全衛生活動(KY、4S、ヒヤリハット、リスクアセスメント等)、安全衛生計画の実施、実施状況の日常的な点検及び改善等の実施手順書 (有・無) ② ①の実施に係るチェックリスト (有・無) ③ システム監査手順書 (有・無) (2) 記録類(既に実施している場合) ④ (1)に基づくシステム監査の実施結果記録 (有・無)
5. OSHMSに関する認証等 (該当する項目に○印を付けてください。)	① JISHA方式適格OSHMS認定取得 ② OHSAS18001認証取得 ③ 特に取得なし
6. その他 (ご希望等がございましたら、記入してください。)	

(注) 有とした文書、記録類について研修講師の参考として、ご提出をお願いすることがあります。