

年 月 日

安全衛生活動等実績証明願書に伴う事故報告書

下記のとおり労働災害が発生致しましたのでご報告致します。

建設業労働災害防止協会栃木県支部長 様

代表者職氏名

印

事業所名称		住 所 (電話)	
所属分会 会員番号		労働者数	名
その他の関係 団体加入名称		労働保険番号	

発生労働災害

発生労働災害	発生年月日	発生概要
死亡災害		
3人以上の重大災害		

注)

- * 被災者を直接雇用する会員企業が対象です。
- * 「安全衛生活動等実績証明書」において、前年中に死亡災害又は3人以上の重大災害等を発生した会員は、1項目分減点となります。
- * 事故報告を怠った場合は、虚偽の申請として「安全衛生活動等実績証明書」を無効となります。
(虚偽申請として発注者へ通報しなければならないことに留意すること。)