

様式 1

労働災害動向調査
(事業所調査票 平成22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
ので、事実をありのままに記入してください。

事業所の名称
所在地

御 中

--	--	--	--	--

府県 1 一連番号 2 産業分類 3 事業所規模 4

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。

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22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
までの1年間について記入してください。)

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	5
うち常用労働者数	千 人	6

○ 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)7661,7660
受付時間9:30～18:00(12:00～13:00を除く)

3. 調査期間中(1～12月※)の全労働者の延べ実労働時間数

記入者確認欄

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

合計(1～12月※)
全労働者の延べ実労働時間数 千 時間 7

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	日	日	日	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 28
うち永久一部 労働不能負傷者数	人 29

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23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。