

(一社) 熊谷地区労働基準協会  
会 員 各 位

主催：埼玉労働災害防止関係団体等連絡協議会  
安全・衛生担当者活動推進部会長  
共催：川口、浦和、大宮、春日部、川越、熊谷、  
所沢、行田各地区労働基準協会  
後援：埼玉労働局

## 第9回 安全・衛生担当者フォローアップ勉強会 開催のご案内

拝啓 貴社益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。また、日頃より協会の運営に対しましてご支援ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度当協会が所属する埼玉労働災害防止関係団体等連絡協議会が主催する、**企業内で労働安全や労働衛生等を推進している方を対象としたフォローアップ勉強会**を下記の内容にて開催することになりましたので、奮ってご参加戴きたくご案内申し上げます。**この勉強会は、労働安全衛生法第19条の2に定められている安全・衛生担当者能力向上教育に準じています。**

埼玉県内では現在「埼玉第14次労働災害防止計画」を展開中ではありますが、今年は各企業の努力により、10月末現在の埼玉県内で発生した休業4日以上<sup>※</sup>の死傷労働災害は5,090件で、昨年同月より46件減少しています。しかし、このうちの約7割が中小規模の事業場で発生しているため、埼玉労働局のご協力を頂き中小規模事業場の労働災害防止を目的としたフォローアップ教育を開催するものです。

是非この機会に労働安全・衛生の基礎知識や労働安全衛生に係る最新情報を入手して、企業内の労働安全衛生管理体制を強化すると共に労働災害を防止してください。

なお、**受講を申し込む場合は、別紙の『申込書と調査表』を必ず添えて申請してください。**

敬具

### 記

- 日 時：2024年2月26日（月）09：30～18：30（受付開始9時）
- 場 所：さいたま市産業振興会館（高崎線 宮原駅下車 徒歩14分 別紙案内図）  
※当日は、公共交通機関を利用してご来場下さい。（駐車場の利用制限があるため）
- 締切日：2024年2月2日（金）
- 募集人数：60名（**先着順 定員になり次第締め切ります**）所属団体・地区基準協会に確認して下さい。
- 申込先：大宮労働基準協会 FAX：048-641-0004（TEL：048-641-0003）
- 対象者：経営者又は事業場の安全・衛生担当者（安全管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者等）
- 受講料：無料
- 昼 食：弁当持参又は外食（会場近傍には食堂などが無いため、なるべくお弁当を持参下さい）
- 内 容：

時間割	学習内容	備考
09：30～09：40	【開 会】埼玉労働局 健康安全課長挨拶	
09：40～10：00	自己紹介およびオリエンテーション	【グループディスカッション】
10：00～12：00	【講 義】(災害事例及び関係法令)、グループ討議	【グループディスカッション】
12：00～13：00	【昼休み】	
13：00～15：00	【講 義】(安全管理上の問題とその対策)、グループ討議	【グループディスカッション】
15：00～15：10	【休 憩】	
15：10～18：10	【講 義】(安全管理手法の知識)、グループ討議	【グループディスカッション】
18：10～18：30	【閉 会】まとめ 修了証授与	

※新型コロナウイルス感染症の影響により中止する場合があります。

以上

**第9回 安全・衛生担当者フォローアップ勉強会 申込書**

【2024年2月26日(月)】

受験番号	フリガナ 氏名	生年月日	担当職種
		西暦 年 月 日	経営者、管理者 安全管理者、衛生管理者、 安全衛生推進者、衛生推進者
		西暦 年 月 日	経営者、管理者 安全管理者、衛生管理者、 安全衛生推進者、衛生推進者
		西暦 年 月 日	経営者、管理者 安全管理者、衛生管理者、 安全衛生推進者、衛生推進者

- (注)
- (1) 太枠内は全て記入して下さい。
  - (2) 担当職種欄には、該当する職種に○印を記入して下さい。
  - (3) 氏名、生年月日は、修了証に記載されますので、お間違えの無いよう、略さずお書き下さい。
  - (4) 駐車スペースが少ないため、お車のご利用は控え公共交通機関をご利用ください。
  - (5) 受講申込者毎に、別紙の『安全衛生担当者等調査表』を必ず本申込書に添付して送信してください。
  - (6) 新型コロナウイルス感染症の発生状況により中止することがあります。

(一社) 大宮地区労働基準協会 行

FAX ; 048-641-0004 (TEL : 048-641-0003)

【 締切日 : 2024年2月2日(金)】

申請年月日 : 202 年 月 日

〒 -

事業場所在地 :

事業場名称 :

事業主氏名 :

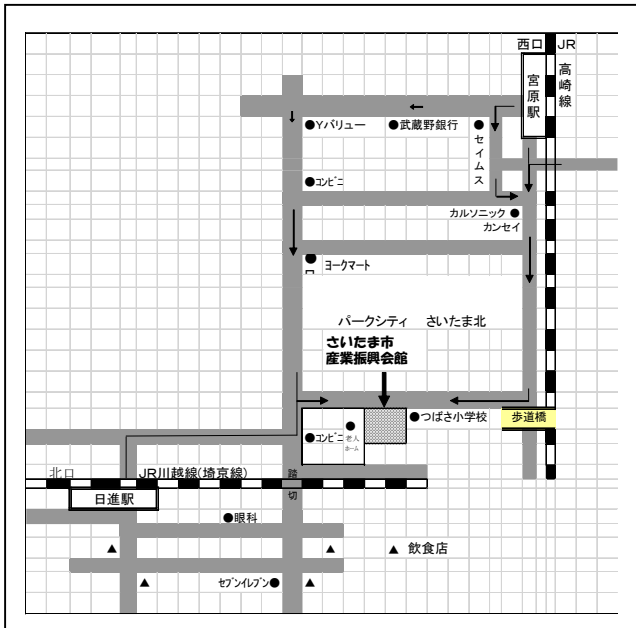
申込担当者氏名 :

T E L :

F A X :

業 種 :

労働者数 :



## 安全衛生担当者等調査表

1	氏名	
2	選任年月日	年 月 日
3	資格取得年月日	年 月 日
4	専任・兼任	専任 兼任
5	事業場名	
6	業種	
7	労働者数	日雇い・パート社員含む 名
8	管理者、推進者の氏名揭示の有無	有 無
9	安全・衛生委員会定期開催の有無	有 無
10	労働者の危険又は健康障害を防止するための職場巡視	有 無
11	労働者の安全又は衛生のための教育の実施	有 無
12	健康診断の実施その他健康保持増進措置の実施	有 無
13	労働災害防止の原因調査及び再発防止対策の実施	有 無
14	質問事項&疑問事項	
	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	

※ この調査表は、受講者毎に記載してください。