

様 式 6

船員労働災害防止優良事業者（一般型）認定有効期間更新申請書

年 月 日

地方運輸局等経由
国土交通省海事局船員政策課長 殿

船舶所有者の住所
及び氏名又は名称
及び代表者名

主たる船員の労務管理
の事務を行う事務所の
所在地及び名称

船員労働災害防止優良事業者（一般型）の認定有効期間更新を受けたいので、船員労働災害防止優良事業者（一般型）認定制度実施要領（平成 18 年 7 月 21 日付け国海運第 15 号）に基づき、関係書類を添え、申請します。

記

- 1 認定有効期間更新を受けようとする船員労働災害防止優良事業者（一般型）の種別
1 級 ・ 2 級
 - 2 認定有効期間更新申請日以前（3 年・5 年）以内に発生した災害又は疾病の発生数
(1) 災害又は疾病のために引き続き 3 日以上休業した船員 人
(2) 死亡し又は行方不明となった者 人
 - 3 認定有効期間更新申請日以前（3 年・5 年）以内において、船員法（昭和 22 年法律第 100 号）及び船員災害防止活動の促進に関する法律（昭和 42 年法律第 61 号）に定める規定についての違反の有無
有 ・ 無
 - 4 所属船舶数（申請日現在） 隻
 - 5 事業所数（申請日現在） ヶ所
 - 6 常時使用する船員数（申請日現在において「災害疾病発生状況報告書」と同一である。） 人
- （添付書類）
○安全衛生チェックリスト（船災防モデル 全船共通用） 通

- ※1 1、2 及び 3 は、該当する方を○で囲んでください。
- ※2 安全衛生チェックリスト（船災防モデル 全船共通用）に「結果」欄に「△」「×」と記載された場合には、「不良個所」欄にその具体的内容及び整備改善の実施状況を記載してください。また、船種によって該当しない事項には、「結果」欄に「－」を記入してください。