様式４

船員労働災害防止優良事業者認定申請書

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の認定を受けたいので、船員労働災害防止優良事業者認定制度実施要領に基づき、関係書類を添え、申請します。

記

１．認定を受けようとする船員労働災害防止優良事業者の種別

　　１級　　・　　２級

２．　認定申請日以前( 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． 認定申請日以前(３年・５年)以内において、船員法及び船員災害防止活動の促進に関する法律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。