

石綿による従業員、従業員の家族、周辺住民への
被害状況及び労災等の補償状況に関する調査票

認証番号：1-

事業場名： _____ 担当者名： _____

(振興会で記入)振興会名： _____ 担当者名： _____

	従業員	従業員の 家族	周辺住民
石綿疾病者数	(例) 1人	(例) 0人	(例) 0人
	人	人	人
病状	(例)〇〇という病気で、1年ほど入院中		
死亡者数	(例) 0人	(例) 0人	(例) 0人
	人	人	人
死亡者数のうち 中皮腫による者の数	(例) 0人	(例) 0人	(例) 0人
	人	人	人
労災等の補償状況	(例)石綿による入院者 に対して、労災保険を 適用		

ご協力ありがとうございました。

FAX：03-5365-9224

(東整振事業課)

関東東京都自動車整備振興会