

## 労働災害防止緊急自主点検表（道路貨物運送業）

事業場名			
所在地 (電話連絡)	(TEL )	記入 担当者	

この自主点検表は、令和2年以降に発生した死亡災害の発生原因等をもとに作成しています。

事業場における取り組み状況を確認し、自主的な安全衛生活動の推進をお願いします。

なお、記入いただきました点検表につきましては、お手数ですが下記まで  
**FAX** または **郵送**によりご報告をお願いします。

	点検項目	点検結果 ○・×	×の場合 改善予定時期
1	行先、走行時間等を定めた走行計画を作成していますか		年 月
2	点呼時に運転手の健康状態や睡眠時間を確認していますか		年 月
3	荷の積込み、荷卸し作業に関する安全指示書を作成していますか		年 月
4	荷台等で作業を行う時や物体の飛来・落下のおそれがある作業を行う時は、保護帽（ヘルメット）を着用させていますか		年 月
5	労働者に対して、定期的に交通事故防止、荷役作業時の労働災害防止対策等の安全教育を実施していますか		年 月
6	リスクアセスメントを実施していますか		年 月

報告先

<p><b>陸災防三重県支部 FAX 059-213-6554</b>  <b>または 郵送 〒514-8515 津市桜橋 3-53-11</b></p>
---

(R3.2 三重労働局健康安全課作成)