|  |  |
| --- | --- |
| 一次協力会社名 |  |

**新規入場者アンケート （個人票）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入場年月日 | 2019年 月 日 | 作業所名 |  |
| フリガナ氏 名 |  | 生年月日 | 昭和 　　年 月 日平成  （ 才）※16歳未満は入場できません18歳未満は危険作業不可　 | 職種 |  |
| 血 液 型 | 　　　　　　　　型　RH　　　　　 |
| 現 住 所 |  |  |  |
|  | 　　　℡ （ ） |  |
| 家族住所(緊急連絡先) |  |  |  | 氏名 |  | 続柄 |  |
|  |  | ℡ （ ） |
| あなたの雇用形態(該当に○) | 私の所属している会社は 　　　　　です(１次から数えて 　次) |
| ・私は所属会社から賃金を受け取っている従業員(労働者)です・私は一人親方･事業主です ⇒労災の特別加入は　**加入済・未加入**　←いずれかに○を記入加入団体名 　　　　　　　　　　　番号　 　　　※保険未加入者は入場禁止 |
| 経験年数 | 上記の所属会社へ入社したのはいつですか？ 　　 年 　　 月 　 　　　　年 |
| 免許・資格 | あなたが行う作業に必要な資格で、取得済みの資格を記入してください |
| 　免 許 |  　　　　 |
| 　技能講習 |  　　　　 |
| 　特別教育 |  　　　　 |
| 健康診断(該当に○) | あなたは最近、健康診断を受けましたか （年１回義務づけられています）（１）受けた（ 年 月）　　（２）受けていない **→** 理由　( 　　　　　 　　) |
| 　　受けた時の血圧は 上 ～ 下 ※上160下90以上は高所作業控えて下さい |
| 特 殊健康診断(該当に○) | 特殊健康診断を受けている方のみ記入して下さい・： 　年 月 日 受けた場所： 　結果：・有機溶剤： 　 年 月 日 受けた場所： 　結果：・振 動 病： 　 年 月 日 受けた場所： 　結果：・その他　　　　　　　　　：　　　年 月 日 受けた場所： 　結果： |
| 現在 病気、ケガなどにより具合の悪いところはありますか　(該当に○)　　　　　　　　　　　　 |
| ・高血圧（160～90以上）　・低血圧　・難聴　・腰痛　・ケガの治療中・その他 　　　　　　（作業に支障がある場合、職長に届け出てください） |
| * 個人情報保護法に基づき、当アンケートは以下の利用目的以外には利用致しません

〈鍵の掛かる場所に保管し情報漏洩防止を徹底します〉「・作業員の適正配置を図るため ・作業員の安全衛生管理のため ・緊急時の各種連絡のため ・取得資格の確認のため」 |
| 私は新規入場者教育事項についての教育を受けました。ついては当作業所のルールや安全規則に従って作業を行い、災害防止に努め自分の身の安全を守ります。　　　　　　　　　　　　　　　　自筆署名  | 貴方が当作業所で就労されるにあたって、上記の調査事項を確認しました。職長の指示に従い安全作業に努めてください。 |
| 所 長 | 担 当 者 |
|  |  |
| 社章 新発田建設株式会社 |