

職場リーダー向け リスクアセスメント研修

中央労働災害防止協会では、(公社) 神奈川労務安全衛生協会の協力を得て、事業場のリスクアセスメントの仕組みに基づいて、実際に職場で危険性又は有害性の特定、リスクの見積り、評価などを実施する管理監督者、リーダー等の方を対象として、演習を中心に職場におけるリスクアセスメントの実際の進め方に関する研修を開催します。是非、ご参加くださいますようお願い申し上げます。

- 日時 平成28年10月12日(水) 9:00~17:00
- 会場 公益社団法人 神奈川労務安全衛生協会 3F 会議室 (地図は当協会ホームページをご参照ください)
(横浜市中区相生町 3-63 ヤオマサビル TEL 045-662-5965)
- 内容 リスクアセスメントの実際の進め方を習得するため、講義時間を短縮し、演習を中心に学びます。
(現場作業員向け)

カリキュラム (都合により変更する場合があります)

時間	内容	時間	内容
9:00~9:10	開講、オリエンテーション	13:35~14:30	【演習2】危険性又は有害性の特定、リスクの見積り
9:10~10:00	【講義1】リスクアセスメントの概要	14:30~14:40	休憩
10:00~10:10	休憩	14:40~15:20	【講義4】リスクの低減措置の検討及び実施
10:10~10:55	【講義2】リスクの見積り、リスク低減のための優先度の設定	15:20~15:30	休憩
10:55~11:40	【演習1】リスクの見積り、優先度の設定	15:30~16:35	【演習3】リスクの除去、低減措置の検討
11:40~12:40	昼食・休憩	16:35~16:50	まとめ/質疑応答
12:40~13:00	【演習1】リスクの見積り、優先度の設定(続き)	16:50~17:00	修了証授与、閉講
13:00~13:35	【講義3】危険性又は有害性の特定		

- 対象者 現場の監督者、職場リーダー、作業員などのリスクアセスメント実施者
(事業場のリスクアセスメントの仕組みに基づいて、実際に職場で危険性又は有害性の特定、リスクの見積り、リスク低減措置の検討などを実施する方)
- 定員 50名 (定員になり次第申し込みを締め切ります) (下記口内参照)
- 料金 会員: 25,710円 (神奈川労務安全衛生協会会員 又は 中災防賛助会員事業場の方) ⇒ 割引利用の場合 15,430円
一般: 30,860円 (その他の事業場所所属の方) ⇒ 割引利用の場合 18,520円
(テキスト代、消費税を含みます。なお、昼食は含まれません。)
- 申し込み方法

- ① 下記の口内をご参照の上、裏面の申込用紙に必要事項を記入していただき、申込書等をお送りください。
- ② 受講票につきましては、開催日の約2週間前に、中央労働災害防止協会からお送りいたします。
※ なお、申し込みを取消す場合は、開催日を含め7日前から前日までは参加費の30%を、開催日当日は参加費の100%のキャンセル料を申し受けます。

○ 申込み等に関するお問合せ先: 公益社団法人 神奈川労務安全衛生協会 (担当: 労働福祉部)
TEL: 045-662-5965 FAX: 045-201-7122

● 申込み後の変更、下記割引サービスなどのお問合せ先 中央労働災害防止協会 関東安全衛生サービスセンター
TEL: 03-5484-6701 FAX: 03-5484-6704

中小規模事業場に対する割引サービスのご案内

この割引サービスは、中小規模事業場の自主的な安全衛生活動を支援するために、常時使用する労働者の数が300人未満の労災保険適用事業場について、研修に参加される方の参加費の一部を割引するものです。なお、割引サービスの利用を希望される場合は、申込書の「割引サービスの利用を希望する」にチェック(✓)を記入してください。(割引サービスを利用する場合の参加費は、料金欄に記載しています。)

※ 参加者の所属事業場ごとに、裏面の申込書にご記入ください。

- ① 初めて割引サービスを利用する場合: 直近の「労働保険概算・増加概算・確定保険料申告書(事業主控え)」(労働基準監督署の受付印が入っているもの)の写しを申込書に添付してご提出ください。
- ② 同一年度内で2回目以降も割引サービスを利用する場合: 貴事業場の労働保険番号を申込書の所定の欄に記入していただくか、上記①と同じく「労働保険 概算・増加概算・確定保険料申告書(事業主控え)」(労働基準監督署の受付印が入っているもの)の写しを申込書に添付してご提出ください。

※ なお、割引サービスを利用して受講した場合、後日実施効果等の確認のためアンケート調査にご協力いただくことがあります。

【FAX送信先】 03-5484-6704
中央労働災害防止協会 関東安全衛生サービスセンター 宛

職場リーダー向け リスクアセスメント研修 参加申込書

期日：平成28年10月12日(水)

開催場所：神奈川県労働安全衛生協会

◎ 太枠内は必ず全てご記入ください。

フリガナ		業種記号	☆1
事業場名 (参加者の所属事業場)		事業場規模 (✓)をご記入ください	<input type="checkbox"/> 50人未満 <input type="checkbox"/> 50~99人 <input type="checkbox"/> 100~299人 <input type="checkbox"/> 300人以上
所在地 (✓)をご記入ください	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒 -	会員・非会員について (✓)をご記入ください <input type="checkbox"/> 非会員(一般) <input type="checkbox"/> 賛助会員(中災防) 又は 会員(神奈川県労働安全衛生協会) 会員番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (左詰めでご記入ください)	
参加者	フリガナ 氏名	所属・役職	年代 (✓)をご記入ください <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代以上
		(TEL)	(FAX)
	フリガナ 氏名	所属・役職	年代 (✓)をご記入ください <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代以上
		(TEL)	(FAX)
※ 参加者が1名でかつその方が連絡担当者の場合は記入不要です。参加者が複数名いる場合、参加者と連絡担当者が異なる場合は必ずご記入ください。			
連絡担当者	フリガナ	所属・役職	
	氏名		
	所在地 〒 -		
	(TEL)	(FAX)	(E-mail)
該当箇所の□にチェックマーク(✓)をご記入ください。 ※請求書についてはチェックマーク(✓)がない場合、発行しません。 ・参加費について 月 日 <input type="checkbox"/> 銀行口座へ振込 (手数料は貴社にてご負担願います) ・請求書について <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する [請求書宛名(事業場名と異なる場合) : _____] ・領収書について ※ 金融機関から発行される振込受領証を領収書に代えさせていただきます。			
注: 申込みを取消す場合は、開催日を含め7日前から前日までは参加費の30%を、開催日当日は参加費の100%をキャンセル料として納付いただきます。			

1 業種記号欄には、下記の業種分類記号をご記入ください。

記号	業種分類	記号	業種分類	記号	業種分類	記号	業種分類
A	農林漁業	G	製造業(鉄鋼)	M	金融・保険	S	その他の事業サービス業(建物サービス、警備、派遣等)
B	鉱業	H	製造業(非鉄金属、金属製品等)	N	医療、福祉	T	他のサービス業
C	建設業	I	製造業(機械関連)	O	教育、学習支援	備考欄	
D	製造業(食料品等)	J	電気・ガス・熱供給・水道業	P	洗濯・理美容・浴場		
E	製造業(繊維、衣服等)	K	運輸・通信業	Q	廃棄物処理		
F	製造業(化学・石油・ゴム)	L	卸・小売業・飲食店・宿泊業	R	自動車整備、機械等修理		

○ 割引サービスの利用について

割引サービスの利用を希望される場合は、以下の□にチェックマーク(✓)を記入してください。

割引サービスの利用を希望する

今年度2回目以降の利用の方は、労働保険番号を以下にご記入ください。

* 労働保険番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<個人情報について>

ご記入いただいた個人情報につきましては、当協会が責任をもって管理し、申込みいただいたサービスの的確な提供のために使用するほか、当協会が行う各種セミナー、出版する図書、コンクールへの応募動向、アンケートのご案内、その他公益的な観点からの情報の提供等に利用することがあります。個人情報の二次利用に同意されない場合は、右の□にチェックマーク(✓)をご記入ください。 同意しない