

年 月 日

株式会社シラキクラフト 宛

に伴う亀山市刈り草コンポスト化センター使用願いについて

このとについて、亀山市管内において発生した除草等の処分につきましては、亀山市刈り草コンポスト化センターにてお取り扱いをよろしくお願いいたします。

なお、内容の詳細については下記のとおりです。

記

1、工事場所

①
②
③

2、施工面積

①
②
③

3、施工時期

1回目 自： 年 月 日 至： 年 月 日
2回目 自： 年 月 日 至： 年 月 日

4、予定搬入量

1回目 kg
2回目 kg

4、事務担当者

部 署： 役 職：
氏 名： 連絡先：

5、搬入業者

住 所 〒
電話番号
社 名

提出書類一覧

1、	契約書(写し)	
2、	設計書等、排出量のわかる物(写し)	
3、	車検証(写し)	
4、	自賠責保険証(写し)	
5、	使用願い	
6、	車両届	
7、	作業員名簿(運転手)	
8、	連絡体制図	

年 月 日

株式会社シラキクラフト 宛

に伴う亀山市刈り草コンポスト化センター使用願いについて

このことについて、亀山市管内において発生した除草等の処分につきましては、亀山市刈り草コンポスト化センターにてお取り扱いをよろしくお願いいたします。

なお、内容の詳細については下記のとおりです。

記

1、工事場所

- ①
- ②
- ③

2、施工面積

- ①
- ②
- ③

3、施工時期

1回目	自:	年	月	日	至:	年	月	日
2回目	自:	年	月	日	至:	年	月	日

4、予定搬入量

1回目	kg
2回目	kg

4、事務担当者

部 署 :	役 職 :
氏 名 :	連絡先 :

5、搬入業者

住 所 〒

電話番号

社 名

搬入車両一覽表

[illegible]

作業員名簿

(令和4年9月7日 作成)

元請確認欄

#REF!

事業所の名称

所 長 名

殿

本書面に記載した内容は、作業員名簿として、安全衛生管理や労働災害発生時の緊急連絡・対応のために元請業者に提示することについて、記載者本人は同意しています。

(1 次)

会 社 名

株式会社シラキクラフト

印

番号	ふりがな	職 種	※	雇入年月日	生年月日		現 住 所	TEL(又は携帯)	最新の健康診断日	血液型	特殊健康診断日 種類	健康保険 ^{*1}	教育・資格・免許			入場年月日	労働者一人親方 中小企業主 の確認	労災保険 特別加入	
	氏 名			経験年数	年齢	性別	家族連絡先	TEL	血圧			年金保険 ^{*2}	雇用保険 ^{*3}	雇入・職長・特別教育	技能講習	免許			退場年月日
1																	労働者一人親方 中小事業主		
2																	労働者一人親方 中小事業主		
3																	労働者一人親方 中小事業主		
4																	労働者一人親方 中小事業主		
5																	労働者一人親方 中小事業主		
6																	労働者一人親方 中小事業主		
7																	労働者一人親方 中小事業主		
8																	労働者一人親方 中小事業主		
9																	労働者一人親方 中小事業主		
10																	労働者一人親方 中小事業主		

注1. ※印欄には、次の記号を入れる。
現……現場代理人
職……職長
主……作業主任者 正(注2)
 (正副2名専任すること)
副……作業主任者 副

基………基幹技能者
技………主任技術者
安………安全衛生責任者
女………女子作業員
未………18歳未満の作業員

注2. 作業主任者は作業を直接指揮する義務を負うので、正副を選任する、又、同一現場においても他の作業個所との作業主任者を兼務することは、法的に認められていないので、複数の選任としなければならぬ。
注3. 経験年数は現在担当している仕事の経験年数を記入する。
注4. 各社別に作成するのが原則ですが、リース機械等の運転者は一緒でも良い。

注5. 資格・運転免許等の写しを添付すること。
注6. 労働者、一人親方、中小事業主の欄は、各社確認の上、該当項目を選択すること。
注7. 労災保険特別加入の有・無は、一人親方・中小事業主の保険証を確認する事。特別加入が未加入の者は、必ず加入をさせ、確認後訂正を行うこと。

注8. 個人情報保護の観点から、被保険者番号等は本人の同意を得たうえで記載する。
 (記入要領)
*1. 健康保険欄には、左欄に健康保険の名称(健康保険組合、協会けんぽ、建設国保、国民健康保険)を右欄に健康保険被保険者証の番号の下4けた(番号が4けた以下の場合は、当該番号)を記載する。
*2. 年金保険欄には、左欄に年金保険の名称(厚生年金、国民年金)を、各年金の受給者である場合は、左欄に「受給者」と記載する。
*3. 雇用保険欄には、右欄に被保険者番号の下4けた(日雇労働被保険者の場合は、左欄に「日雇保険」と)を、事業主である等により雇用保険の適用除外である場合は、左欄に「適用除外」と記載する。

4、連絡体制図

