

事業者各位



高田労働基準協会 会長

## 安全衛生推進者能力向上教育のご案内

労働者10人以上50人未満の事業場においては、労働安全衛生規則第12条の2により、安全衛生関係の業務を具体的に推進する「安全衛生推進者」若しくは「衛生責任者」を選任することが必要となっています。

また、厚生労働省では、「安全衛生推進者」「衛生推進者」に対して、労働災害防止・労働衛生対策に関する職務遂行能力向上を目的とした能力向上教育の実施を推進しています。

つきましては、当協会では、**上越保健所**(上越地域振興局健康福祉部)とタイアップして、新潟県が推進しています「健康経営」等に関するカリキュラムも企画して、「安全衛生推進者能力向上教育」を下記のとおり開催しますので、是非、この機会を捉えて、職域での「健康づくり」の取組も推進して頂きたいと思っております。

### 記

- 1 対象者 (1) 推進者として職務を遂行して概ね5年以上経過している推進者  
(2) 現在、選任されている推進者で「能力向上教育」を修了していない推進者

2 日 時 令和8年10月15日(木) 8:50~17:30

3 会 場 上越人材ハイスクール(上越市高土町3-1-15)

### TEAM WORK



#### 4 申込方法

##### (1) 受講料

会 員 ￥8,000 (テキスト・資料代含む) \*「建災防高田分会」会員含

非会員 ￥12,000 (テキスト・資料代含む)

なお、申込後のキャンセルや途中欠席などの場合でも受講料は返却できません。

##### (2) 申込先

別添(次頁)の申込書に受講料の振込領収書(写)添付してFAXで申込下さい。

高田労働基準協会

☎ 025-523-9595

FAX 025-522-9599

〒943-0803

上越市春日野1-5-10

##### (3) 受講料振込先

第四北越銀行高田営業部 普通口座No.1807300

名義人: 高田労働基準協会事務局

##### (4) 定員

25名

定員なり次第、申込締切とさせていただきますので、事前に電話で事務局へ定員状況をご確認ください。



#### 6 注意事項

- (1) 当日の受付は、午前8時25分~40分の間に済ませて下さい。
- (2) 受講票は発行しませんので受講申込控(コピー)を持参のうえ受付してください。
- (3) 筆記用具を持参して下さい。
- (4) 昼食は各自準備して下さい。

#### 7 修了証の交付

講習終了時に交付しますが遅刻等で一部でもカリキュラムを欠席された方は交付いたしません。

次頁に続く

\* **安全衛生推進者選任基準**

- (1) 安全衛生推進者養成講習修了者
- (2) 大学又は高等専門学校卒業者で、その後1年以上、安全衛生の実務に従事した経験を有する者
- (3) 高等学校卒業者で、その後3年以上安全衛生の実務に従事した経験を有する者
- (4) 5年以上安全衛生の実務に従事した経験を有する者。

\* **解釈例規**

「安全衛生の実務」とは、必ずしも事業場内の安全衛生関係部署における安全衛生業務に限定するものではなく、生産ライン・事業所において管理又は監督的立場にある者が業務遂行に伴い、危険個所の改善、労働者の健康状態の確認など、安全衛生上の配慮を行なうこと、健康診断、安全衛生教育等の安全衛生に係る業務を行うことも含まれることである。

**安全衛生推進者の力向上教育 カリキュラム**

科 目	範 囲	時間
安全衛生管理の進め方	<input type="radio"/> 安全衛生推進者の役割と責務 <input type="radio"/> 労働衛生管理 <input type="radio"/> 労働災害の原因の調査・再発防止対策	3.0
危険性又は有害性等の調査及びその結果に基づき講ずる措置等(リスクアセスメント)	<input type="radio"/> リスクアセスメント(R/A)の事例演習も含む	2.0
安全衛生教育・関係法令	<input type="radio"/> 安全衛生教育の方法 <input type="radio"/> 作業標準の作成と周知 <input type="radio"/> 労働安全衛生関係法令	2.0
健康経営	<input type="radio"/> 健康経営における健康づくり <input type="radio"/> 健康づくり出前講座の紹介	0.5

**安全衛生推進者能力向上教育 申込書**

ふりがな 受 講 者 名	生 年 月 日	現 住 所 (新潟県内在住者は県名省略可) (県外在住者は自動車運転免許証など住所確認可能な写を添付して下さい。)	受講番号 *記入しないで下さい。
	昭和・平成 年 月 日生		
	昭和・平成 年 月 日生		

高田労働基準協会 or 建災防高田分会 会員・非会員 いずれかに○印を付して下さい。

\* 事業者(代表者)の捺印不要です

年 月 日

事業所の名称



高田労働基準協会 長 殿 事業所の所在地

事業者職氏名

ご担当者名：部署

\*ご記入いただいた個人情報は本教育及び修了証の管理以外には使用しません。