

作業確認チェックリスト

令和____年____月____日

運転者氏名	
-------	--

チェック時刻	運 行 時	
	時 分	時 分
	運 搬 先	帰 社 後
	時 分	時 分

項 目		確 認 事 項
運 行 時	乗車時	<input type="checkbox"/> シートベルトは着用したか
		<input type="checkbox"/> 荷崩れの有無等、積み荷の状況は確認したか
	降車時	<input type="checkbox"/> エンジンは停止したか
		<input type="checkbox"/> キーは抜いたか
		<input type="checkbox"/> ハンドブレーキ、輪止めは確実か
運 搬 先	積み下ろし 作業	<input type="checkbox"/> 積み下ろし作業は運搬先担当者が立ち会っているか
		<input type="checkbox"/> 分別されている荷物は混合せずに積み下ろしたか
		<input type="checkbox"/> 容器の汚損、破損等の異常項目を正しく運搬先に伝達したか
		<input type="checkbox"/> 運搬先担当者の署名・捺印したマニフェストを受け取ったか
帰 社 後	車両・機材	<input type="checkbox"/> 車両の終業時点検はしたか
		<input type="checkbox"/> 車両の洗浄及び車内清掃はしたか
		<input type="checkbox"/> 機材の点検及び洗浄はしたか
		<input type="checkbox"/> 車庫および周辺の清掃はしたか
	記録	<input type="checkbox"/> 車両・機材等の点検結果は記録したか
		<input type="checkbox"/> 作業報告書は提出したか
		<input type="checkbox"/> 事故報告事項は記録したか
		<input type="checkbox"/> ヒヤリ・ハット報告事項は記録したか
		<input type="checkbox"/> その他報告事項は記録したか
		<input type="checkbox"/>

管理者氏名： _____ (印)