

労 災 事 故 報 告 書

(業務災害 ・ 通勤災害)

事業所名				現認者	職名				
(フリガナ) 被災者名				男 女	職種		経験 年数	月 年	
生年月日	年	月	日	年齢	歳	採用年月日	年	月	日
(フリガナ) 住 所	〒								
	T E L								
災害発生日時	平成 年 月 日			午前・午後		時	分頃		
災害発生場所名 及び所在地									
工 事 名	発注者								
本人の口座	銀行 金庫 組合			普通 支店		当座			
傷 病 名				傷病部位					
				治療日数		日			
				休業見込		有・無 月・週・日			
指定病院名及び 所在地	病 院	〒			-	担当			
				T E L		様式 号			
院外薬局	〒			-	担当				
				T E L		様式 号			
変更後の指定病 院名及び所在地	病 院	〒			-	担当			
				T E L		様式 号			
院外薬局	〒			-	担当				
				T E L		様式 号			
変更後の指定病 院名及び所在地	病 院	〒			-	担当			
				T E L		様式 号			
院外薬局	〒			-	担当				
				T E L		様式 号			
災害原因及び発生の状況					略 図				
どこで どのような作業をしている時か									
.....									
どのような物又は環境で									
.....									
どのような状態又は体勢で									
.....									
どんな災害が発生したか									
.....									
.....									