

労災事故報告書

会社名 _____
 記入者 _____
 報告日 _____年 _____月 _____日

事故発生年月日	平成 _____年 _____月 _____日		発生時刻	午前/午後 _____時 _____分頃	
被災者情報	フリガナ 氏名			生 年 月 日	大昭 _____年 _____月 _____日 歳 男 女
	フリガナ 現住所	〒 _____ Tel _____			
	職 種		入社年月日	昭和 平成 _____年 _____月 _____日	
	処置対応病院	名 称	Tel _____		
	所在地	〒 _____			
処置対応薬局	名 称	Tel _____			
	所在地	〒 _____			
傷病の程度 (部位及び状態)					発生現場の略図
休業の見込み	有 _____日くらい / 無 _____				
災害発生状況 及び原因	①どこで(場所)②何をしていた(作業の状態)③何が(原因となるもの)④どうなって⑤どこを(体の部位)⑥どうした(負傷の状態)を詳細にご記入下さい。				
				
				
				
				
				
				
事故の現認者	職 名		氏 名		

FAX : 03-5213-9124

※ 事故発生後は早急に記入し、FAXにてお送り下さい。