

労 災 事 故 報 告 書

会社名

記入者

報告日 年 月 日

事故発生日	平成 年 月 日 午前/午後 時 分ごろ						
被災者情報	フリガナ				生年月日	大 昭 平 年	男 女
	氏 名					月 日 歳	
	フリガナ						
	現住所	〒					
処置対応病院	職 種			入社年月日	昭 平 年 月 日		
	名 称	Tel					
処置対応薬局	所在地	〒					
	名 称	Tel					
傷病の程度 (部位及び状態)	所在地	〒					
						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。