

## 労災事故報告事項（業務災害）

報告年月日	令和 年 月 日		
1 フリガナ 氏名			2 生年 月日
			昭和・平成 年 月 日生( 歳)
3 住所 (TEL)	〒 TEL		
4 職 種			
5 事故発生日時	令和 年 月 日	午前・午後	時 分
6 経 験 年 数	年 カ月		
7 休業見込期間	カ月	週間	日 なし
8 傷病名・部位			
9 現認者または報告を	(役職)	(氏名)	
10 医療機関名称・所在地 受 診 日	名称	所在地	
	<input type="checkbox"/> 負傷日当日 午前・午後 時頃 <input type="checkbox"/> 負傷日以外 令和 年 月 日 午前・午後 時頃		
薬 局	なし ・ あり (院内 / 院外) ※院外は以下記入		
11 院外薬局名称・所在地 受 診 日	名称	所在地	
	<input type="checkbox"/> 負傷日当日 午前・午後 時頃 <input type="checkbox"/> 負傷日以外 令和 年 月 日 午前・午後 時頃		
12 災害発生状況及び原因	災害発生住所		
	①災害発生場所・工事名	工 事 名	
	②どのような作業 (なにををしていたか)		
	③どのような物、環境 (どのように)		
	④ケガの原因 (なにゆえに)		
⑤ケガの状態・部位 (どのように)			
【連絡事項】			